Münster i/W. 1934. No 248 Med Diss.

Aus dem gerichtsärztlichen Institut der medizinischen Akademie
in Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. Berg.

Selbstverletzungen von Gefangenen.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Würde eines doctor medicinae
durch die Medizinische Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster
in Gemeinschaft mit
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf

vorgelegt von
WERNER TIGGES
aus Wuppertal

19 NOLTE 34

DISSERTATIONSVERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.

gez. Schmidt
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf

gez. Esch
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster

gez. Berg
1. Berichterstatter

gez. Többen
2. Berichterstatter

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEINEM LIEBEN ONKEL EDUARD

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0048

Selbstverletzungen von Gefangenen.

Die Selbstverletzung eines Menschen gehört zu den widernatürlichsten Handlungen. Sie widerspricht dem obersten Grundsatz menschlichen Lebens, dem Selbsterhaltungstriebe. Trotzdem ist die Zahl der Selbstverletzungen, die abgesehen von dem Sonderfalle des Selbstmordes nicht statistisch erfaßt wird, sehr beträchlich. Dies gilt besonders für Selbstverletzungen von Gefangenen. Die Selbstbeschädigung von Gefangenen zu verhindern, gehört zu den Zielen der Kriminalpolitik. Hierbei hat die medizinische Wissenschaft die wichtige Aufgabe, durch die Forschung nach den Gründen dieses Übels die Möglichkeiten der Verhütung der Selbstbeschädigungen aufzuzeigen und, soweit diesen Bemühungen noch kein Erfolg beschieden ist, die Folgen dieses Übels durch Heilung auf dem schnellsten Wege zu beseitigen. Das Gebiet der Selbstverletzungen ist in der gerichtlichen Medizin ein weites Feld. Vom ärztlichen Standpunkt aus ist im weiteren Sinne jede, durch äußere Wirkung bedingte Störung von Organgeweben eine Verletzung. In dieser Arbeit sollen jedoch Verletzungen im engeren Sinne behandelt werden. Unter Verletzungen sollen sowohl äußere Beschädigungen (Schnitt-, Stich-, Schuß- und stumpfe Verletzungen) als auch Beschädigungen an inneren Organen durch Verschlucken und Einspritzungen verstanden werden. Nimmt der Mensch eine Verletzung an sich selbst vor, so ist sie eine Selbstverletzung. Dieselbe kann ein vom Willen bedingtes Verhalten oder nur ein vom Willen unabhängiger Vorgang sein. Diese Arten voneinander zu unterscheiden, ist oft sehr schwierig, wie folgender — von Schackwitz (1) in Düsseldorf — vorgetragener Fall beweist.

Der 14jährige Sohn eines Kleinbauern erbat sich an einem Juniabend um ½10 Uhr nach Rückkehr von einem Ausgang von seinem Vater den Schlüssel zum Stall, um den dort befindlichen Abort zu benutzen. In der Nacht weckte die 18jährige Tochter die Eltern mit der Angabe, daß der Bruder blute und krank sein müsse. Die Eltern fanden den Jungen im Bett liegend; am Hemd, am Gesäß und zwischen den Beinen etwas Blut. Auf Befragen erklärte der Junge, daß das Blut vom Nasenbluten herrühre. Da der Junge aber über Rükkenschmerzen klagte, machte die Mutter ihm kühlende Umschläge. Gegen 2 Uhr nachts begann der Junge über heftige Schmerzen zu klagen. Nachdem es hell geworden war, fand die Tochter im Stall neben dem Abort 4 Meter Darm. Auf erneutes Befragen des Jungen erklärte er, das Gefundene sei kein Darm, das sei etwas, was am After herausgehangen hätte, und das da nicht hingehörte. Der Vater fuhr den Jungen in das Krankenhaus der nächsten Kreisstadt und

nahm den Darm mit. Dort wurde festgestellt, daß es sich um 2 Stücke stark zerfetzten Dickdarms von 3½ und ½ Meter Länge handelte. Blinddarm und Wurmfortsatz fehlten. Bei der Einlieferung wollte der Junge zunächst von nichts wissen, dann gab er auf eindringliches Befragen des Arztes an, daß er am Abend vorher auf dem Dach der Kirchhofmauer gesessen habe und plötzlich heruntergesprungen sei, um zwei beißende Hunde auseinanderzujagen. Nach dem Sprung habe er gleich Leibschmerzen gespürt und sei deshalb nach Haus gegangen. Die Untersuchung zeigte äußerlich keine Verletzungsspuren, innerlich bei rectaler Untersuchung fühlte es sich so an, als ob man in die freie Bauchhöhle gelange. Die sofort vorgenommene Operation ergab, daß aus dem Dickdarm die gesamte Schleimhaut und zum größeren Teil auch die Muskelschicht herausgerissen war, während ein fetziger Schlauch der äußersten Darmhaut mit Muskelschichtresten teilweise zurückgeblieben war. Im Verlauf der Operation trat der Tod ein.

In diesem Fall war die Selbstverletzung ein vom Willen unabhängiger Reflex eines äußeren Verhaltens, obwohl sie auf den ersten Blick als Produkt eines möglicherweise krankhaften Willens erscheint. So ergaben die eingehenden Ermittlungen von Schackwitz über das Vorleben des Jungen, daß der Verstorbene in seelischer Beziehung in keiner Weise aufgefallen war, und das der tatsächlich erfolgte Sprung einen Mastdarmvorfall zur Folge hatte. Dieser Fall legt dar, wie sehr eine genaue Abgrenzung der Selbstverletzung als vom gesunden Verstande bedingte Verhalten oder von einem kranken Willensakt nottut. An einem von einem normalen Verstande bedingtes Verhalten auch bei der Selbstverletzung eines Geisteskranken, der sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande befindet. Als Beispiel möge folgender — von Jlberg (2) beschriebener — Fall dienen:

Ein katatonisch erregter Mann brachte sich eine Laparatomiewunde mit einem Glasstück bei und riß sich mit ungeheurer Schnelligkeit 1 Meter Dünndarm aus der Bauchhöhle heraus und vom Mesenterium ab. Das Darmstück wurde reseziert und ein künstlicher After angelegt. Patient verstarb nach 4 Wochen an Perikarditis. — Von solchem Fall ist der Arzt überzeugt, daß die Handlungsweise krankhaft begründet war.

Schließlich kann bei einer Selbstverletzung zwar ein vom Willen erfaßtes Verhalten, ein bewußter körperlicher Eingriff, vorliegen, ohne daß die Selbstbeschädigung Zweck der Handlung ist. Die Selbstverletzung wird unabsichtlich beigebracht. Zur Erläuterung führe ich einen — von Fels (3) — untersuchten Fall an:

Eine 31jähr. Frau machte sich eine Spülung mit dem Irrigator, wobei das Ansatzrohr nicht wieder zum Vorschein kam. Später erfolgte Erbrechen, Druckgefühl im Leibe, kein Fruchtabgang. Im Röntgenbild bemerkte man einen Fremdkörper. Bei der Operation nach 12 Tagen fand sich ein 10 cm langer Hartgummispitzenansatz im Netz

eingehüllt. Das Bauchfell war glatt. In der rechten Tubenecke fand man eine Verklebung der Gebärmutter mit dem Darm. Dort hatte anscheinend die Perforation stattgefunden. Gute Heilung.

Diesen vielfach schwer abzugrenzenden Sonderfällen, wo keine Absicht zur Selbstverletzung oder überhaupt kein Wille vorlag, steht die große Zahl der absichtlich durchgeführten Selbstverletzungen gegenüber. Aus dieser Gruppe scheiden für meine nähere Betrachtung auch diejenigen Selbstverletzer aus, die nicht Verbrecher und insbesondere nicht Gefangene sind. Als Grenzfälle erscheinen bei dieser Abgrenzung die Vorgänge, bei denen die Selbstverletzungen nicht von den Tätern als Gefangenen nach dem Verbrechen vorgenommen werden, sondern selbst Tatbestand eines Verbrechens sind. Unter diesen ist die eine Hauptgruppe die Selbstverletzung in betrügerischer Absicht. Eine dem Arzt oft begegnende Ursache ist die Selbstverletzung von Unfall- und Krankenkassenversicherten. So beschreibt Marz (4) folgenden Fall:

Ein Fabrikbesitzer war bei mehreren Versicherungsgesellschaften gegen Unfall um hohe Beträge versichert. Eines Tages geriet K. angeblich zufällig mit einer Hand in eine Kreissäge, wodurch er sich mehrere Verletzungen zuzog. Da niemand an Betrug dachte, wurde ihm für diesen Fall eine größere Summe anstandslos ausgezahlt. Nach einiger Zeit machte die Staatsanwaltschaft auf auffällige Vorgänge in der K'schen Fabrik aufmerksam und stellte Erhebungen an, die zur Verhaftung K's und seines Buchhalters führten. Im Verlauf der Untersuchung kam heraus, daß der Unfall absichtlich herbeigeführt war, um mit der Versicherungssumme den zerrütteten Finanzen wieder aufzuhelfen. Beide wurden wegen Betruges an den Versicherungsgesellschaften angeklagt, überführt und verurteilt.

Als Motive dieser Selbstverletzung lagen finanzielle Vorteile klar zu Tage. Im allgemeinen werden auf diesem Gebiet Simulationen beobachtet, doch finden sich als Steigerung derselben Selbstverletzungen. Durch Irreführung des Arztes versuchen die Versicherten einen Unfall vorzutäuschen. Aufgabe des Arztes ist es, die Verletzungen zu versorgen und nach dem wahrscheinlichen Entstehungsgrunde zu fahnden. Die andern Gruppen dieser Selbstbeschädigungen besonderer Art bilden die Selbstverletzungen von Soldaten, die sich der allgemeinen Wehrpflicht entziehen wollen, oder denen der Dienst nicht behagt. Durch Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht ist § 142 Str.G.B. allerdings gegenstandslos geworden, § 81 dagegen ist noch geltendes Recht. In Deutschland wurden bis 1918 nach § 142 St.G.B. und § 81 Militär St.G.B. diejenigen bestraft, die sich durch Selbstverletzungen der allgemeinen Wehrpflicht entzogen oder durch Untauglichmachung aus dem Dienst ausscheiden mußten. Daß diese Beschädigungen auch in außerdeutschen Heeren bekannt sind, beweist ein von Brisard (5) in Frankreich veröffentlichter Fall:

Während des Krieges hatte sich ein Soldat eine Selbstverletzung beigebracht dadurch, daß er einen völlig verrosteten Granatsplit-

ter nach Entfernung der Kugel in eine Lebelgewehrpatrone gesteckt und gegen seinen Fuß abgeschossen hatte. Der Zustand des extrahierten Splitters erregte beim Chirurgen Verdacht und brachte den Täter zum Geständnis.

Diesen Personen die mit ihrer Selbstverletzung eine strafbare Handlung begehen, stehen diejenigen gegenüber, die in ihrer Gefangenschaft eine Selbstverletzung begehen. Das Verhalten dieser Personen, die Selbstverletzungen von Strafgefangenen, ist nach der vorangegangenen Abgrenzung nunmehr näher zu betrachten. Von besonderer Schwierigkeit bei der Untersuchung der Selbstverletzung dieser Personen ist die Feststellung ihres Geisteszustandes, die für eine vorläufige Einstellung des Strafverfahrens (St.P.O. § 205) sowie für einen Strafaufschub im Verlauf der Strafvollstreckung (Str.P.O. 453, 455, 456) von entscheidender Bedeutung ist. Von der geistigen und körperlichen Untersuchung des Selbstverletzten durch den Gerichtsarzt hängt weithin die Zukunft des Gefangenen ab. Wie bereits bei den angeführten Fällen treten folgende wichtige Gesichtspunkte auf, die jedesmal für die Analyse der Täter erheblich sind: der Geisteszustand, die Motivfrage, die Art der Verletzung, und der Erfolg. Es liegt nahe, schon aus der Seltsamkeit einer Selbstverletzung auf eine erhebliche Störung der Geistestätigkeit oder auf eine Simulation zu schließen. Zwar machen sich einige Gefangene, besonders Untersuchungsgefangene den Verdacht der Geisteskrankheit zunutze, indem sie so tun, als wären sie von einer Geisteskrankheit befallen; sie spielen ihre Rolle mit manchmal verblüffender scheinbarer Echtheit. Doch wäre es falsch, jeder Selbstverletzung eine geistige Abwesenheit bei dem Täter vorauszusetzen oder jedesmal an eine Vortäuschung einer solchen zu denken. Auf den Mangel jeglichen Willensaktes deutet ein am hiesigen Gefängnis beobachteter Fall:

Fall 1: Ein in Einzelhaft befindlicher 21jähriger Strafgefangener wird morgens mit einem Defekt in der Wade gefunden. Die Verletzung ist 3-Markstück groß, kreisförmig begrenzt, vertieft sich in der Mitte bis in die Muskulatur kraterförmig. Der Gefangene konnte über die Entstehung der Wunde keine Angaben machen. Es ist auch nicht ersichtlich, weshalb er sich so verletzt hat. Denn er hatte nur eine kurze Strafe zu verbüßen und war sonst ein ordentlicher Mensch, der nach keiner Richtung hin aufgefallen war und sich gut in den Strafvollzug eingefügt hatte. Nach längerem Suchen fand sich in der Zelle der Deckel einer kleinen Blechdose. Mit diesem mußte die Verletzung beigebracht sein, wie aus deren Größe gefolgert wurde. Die Wunde wurde verbunden, zeigte normale Granulation und heilte gut. — Die weitere Beobachtung des Gefangenen ergab keine geistige Veränderungen. So bleibt die Erklärung nur, daß die Verletzung nachts während einer Bewußtlosigkeit geschah, ein Motiv also fehlte. Man kann solche Fälle am besten erklären, wenn man eine hysterische Psychopathie bei den betreffenden Gefangenen annimmt.

Derartige Psychopathen zeigen bekanntlich oft eine Hyposensibilität, eine Analgesie, eine periphere Bewußtlosigkeit wie ich den Zustand bezeichnen möchte, im Gegensatz zur Bewußtlosigkeit des Gehirns auf organischer oder funktioneller Grundlage, sodaß wir uns leicht vorstellen können, daß der Gefangene sich ohne Schmerzen die beschriebene Selbstverletzung beigebracht hat. Mit dieser Feststellung ist auch die Motivfrage gelöst. Ein Beweggrund zur Tat war nicht zu finden, da nicht vorhanden. Ähnlich ist folgender Fall zu beurteilen:

Fall 2: Der Gefangene Tsch., der psychisch als hysterisch Degenerierter unter die Grenzfälle zu rechnen ist, hatte sich bereits einmal ein Streichholz in die Harnröhre gesteckt, zu andern Malen einen kleinen Löffel und Blech verschluckt. Bei einer neuen Krankmeldung behauptete Tsch., daß er seit 24 Stunden kein Wasser lassen könne, er müsse blasenleidend sein. Die Untersuchung zeigte das Vorhandensein von drei nebeneinander liegenden, harten Gegenständen. Der letztere steckte in der pars prostatica dicht am Blaseneingang. Durch Umgreifen und langsames Herauspressen, zuerst per anum konnten die Stücke entfernt werden. Es waren 2½, 3 und $5^1/_2$ cm lange, bis 8½ mm dicke Holzstücke. Tsch. sollte nun zu seinem Schutze gefesselt werden. Noch bevor die Fesselung ausgeführt werden konnte, hatte er sich in der Zelle tief in die eben noch stark gereizte Harnröhre wieder einen Fremdkörper eingeführt. Entfernung desselben 6 Tage darauf; kaum entfesselt, steckte sich Tsch. 3 Stück Draht in die Harnröhre. Sie wurden mit der Kornzange entfernt. — Der Mann ist als Hysteriker bereits gekennzeichnet und hat sich infolge seiner Sensibilitätsherabsetzung Fremdkörper in die Körperöffnungen praktiziert. Auch die Wiederholungen der Selbstverletzungen, ich möchte sie als Rezidive bezeichnen, sprechen für eine Hysterie. Jeder normal empfindende Mensch wird sich freiwillig niemals solche Schmerzen auferlegen, ohne zum mindesten eine Begründung dafür zu haben. Diese ist hier nicht bekannt geworden. Die Selbstverletzung stellte offenbar kein Zweckhandeln dar. Nach der Tat gefiel sich der Täter jedoch in der Rolle eines Kranken. Gerade die Hysteriker kennzeichnet oft der Geltungstrieb, der Wunsch aufzufallen, um besser als die Mitmenschen behandelt zu werden. Die Art der Verletzung besteht in Verschlucken von Gegenständen und Hineinstecken von Fremdkörpern in die Harnröhre. Als Folge wurde ein Blasenleiden vorgetäuscht. Der Täter wollte eine Krankheit darstellen, die schwerer erscheinen sollte, als die Beschädigung selbst. Unter der Annahme, daß die Beschädigung selbst ohne bestimmte Absicht erfolgte, bildet die Verletzung ein Motiv für das später sonderbare Verhalten des Gefangenen. Im Gegegnsatz zu diesem Vorgang, der verstärkten Darstellung eines Blasenleidens nach der Verletzung, stehen die Fälle, die bereits vor der Beibringung der Verletzung überdacht waren und von Fischer veröffentlicht wurden.

Fall 3: „Th. ein hysterisch Degenerierter verschluckte einen Schüsselhenkel. Nach 4 Tagen natürlicher Abgang des Henkels. ½ Jahr später verschluckte er einen Löffelstiel in zwei Stücken. Die gleiche Behandlung und der gleiche Erfolg. Ich ließ Th. nunmehr zu seinem eigenen Schutze fesseln. Wenige Tage später erfuhr die Direktion, daß gegen Th. eine Arreststrafe wegen Entweichen aus dem Gefängnis, aus welchem er kurz vorher abtransportiert war, zu vollstrecken sei. Das Motiv, eine Entweichungsmöglichkeit zu erreichen, wurde durch diese Nachricht offenkundig". Der Autor selbst hat als Motiv die Wiedergewinnung der Freiheit angegeben. Sicher ist es das Ziel aller eingesperrten Menschen. Dieser Gefangene hatte schon früher einmal Erfolg. Jetzt versuchte er durch Verschlucken von Gegenständen eine Krankenhausverlegung zu erzwingen. Allerdings vergeblich. Wie ist es nun möglich, wird sich gerade der Arzt fragen, daß ein Mensch sich absichtlich Verletzungen beibringt? Der Gefangene wird beim Nachdenken in seiner Einsamkeit auf die Idee gekommen sein, daß er sich mit seiner Verletzung das lockende Ziel der Freiheit leicht erkaufen könne. Er kennt, zumal er rückfällig ist, die einschlägigen Bestimmungen genau. Nach § 455 St. P. O. ist bei naher Lebensgefahr des Gefangenen von Amtswegen Strafaufschub zu gewähren, nach § 456 Str.P.O. außerdem auf Antrag, wenn ihm sonst erhebliche Nachteile erwachsen würden. § 101 der Grundsätze für den Vollzug der Freiheitsstrafen regelt die Verlegungsmöglichkeit erkrankter Gefangener in eine Krankenanstalt. Dieselben sind in eine von der Aufsichtsbehörde bestimmte Klinik zu überführen, wenn es ihr Zustand erfordert. Die Untersuchungsgefangenen stehen hinsichtlich der Haftunfähigkeit den Strafgefangenen gleich. Bei dem Transport oder dem Aufenthalte im Krankenhaus ergeben sich mancherlei Ausbruchsmöglichkeiten. Um sich diese zu verschaffen, begeht der Gefangene eine Selbstverletzung. Er hat keine besonderen Bedenken, da er die Gefahren der Selbstverletzung weniger kennt, und da er nicht mit allen möglicherweise eintretenden Komplikationen rechnet, die natürlich jedem Arzt vor Augen schweben. Allerdings könnte die Tat am Mut zur Ausführung scheitern, doch hilft da die hysterische Reaktionsweise, durch welche die Empfindlichkeit der Schleimhäute und die Sensibilität der Haut herabgesetzt ist. Bei der Untersuchung der Reflexe ist gerade das Erlöschen des Würgreflexes ein Symptom für Hysterie. Das nächste Beispiel führt eine weitere Verletzung an, die in das Gebiet des Hineinsteckens von Gegenständen in die Körperöffnungen gehört.

Fall 4: H., bereits von einer früheren Inhaftierung bekannt, während der er monatelang wegen halbseitiger, hysterischer Lähmung im Lazarett das Bett hüten mußte, war jetzt von einem anderen Gefängnis mit der Diagnose: „blutige Stühle, chronische Ruhr" zur Behandlung überwiesen. Er war jetzt nicht mehr gelähmt. Im Stuhl fanden sich häufig neben hellrotem Blut und kleineren Blutkoagula gelblich schleimige, seifenähnliche Massen, rectoskopisch im Mastdarm

Schleimhauterosionen neben allgemeiner Rötung und Schwellung der Schleimhaut. Die Untersuchung ergab, daß der Stuhl mit Seife vermischt war. Eine unvermutet ausgeführte Durchsuchung der Zelle förderte zwei länglich geformte Seifenzäpfchen und mehrere abgebrannte und nicht abgebrannte Streichhölzer zu Tage. Damit erscheint der Beweis erbracht, daß H., ein hysterisch degenerierter Mann, mechanisch die „Ruhr" erzeugte. — Die Angabe eines Motives fehlt. Ob das Freiheitsideal vorliegt, ist mir sehr zweifelhaft. Vielmehr vermute ich, daß dem Gefangenen nur eine Besserung der Lage vorgeschwebt hat. Bereits längere Zeit hat er im Bett gelegen. Er hatte infolgedessen Sehnsucht nach einer Änderung des Raumes, nach angenehmerer Behandlung. Deshalb hat er die wiederholten Blutungen provoziert. Diese Selbstverletzung unterscheidet sich von Fall 2 dadurch, daß hier ein erkennbares Motiv, das Begehren der Lageveränderung zur Tat trieb. Bei den meisten Hysterikern besteht ein solches oder ähnliches Motiv. Wie Fall 3 bereits zeigt, ist ihr Ziel wie bei den normalen Gefangenen oft die Wiedergewinnung der Freiheit. Zum Beweise der Richtigkeit dieser Ansicht führe ich noch einige Beispiele an. Die Selbstverletzungen sind von Hysterikern oder Psychopathen begangen, die sich sämtlich mit Absicht verletzten, indem sie Fremdkörper verschluckten.

Fall 5: Der wiederholt vorbestrafte Gefangene H., ein schwerer Psychopath, 32 Jahre alt, war bereits im Hamburger Hafenkrankenhaus wegen Verschlucken von Fremdkörpern operiert worden. Er wurde nach der Operation dem Kieler Gefängnis überwiesen. Hier behauptete er sofort, wieder mehrere Fremdkörper verschluckt zu haben. Da er Erscheinungen der Bauchfellentzündung zeigte, mußte er der Klinik überwiesen werden. Kurz vor seinem Abtransport in die Klinik kamen nach Breidiät zwei Haken, 1 Nagel, 2 andere Eisenteile und eine Löffelhälfte zutage. Ein Löffelstiel und ein größerer Eisenhaken konnten in der Klinik im Röntgenbild festgestellt werden. 14 Tage nach der Aufnahme starb H. an den Folgen einer Bauchfellentzündung.

Fall 6: Ein ehemaliger Fürsorgezögling und degenerierter Psychopath, häufig vorbestraft, hatte bereits mehrfach Fremdkörper verschluckt. Er war deshalb schon drei mal laparatomiert und schließlich aus der Strafhaft entlassen worden. Kurz vor einer neuen Inhaftierung in Berlin hatte er dann eine Brosche verschluckt. Er wurde nicht operiert. Die Brosche konnte ihm nach einem Monat aus dem After gezogen werden. Er entwich schließlich und konnte in Breslau wieder ergriffen werden. Hier verschluckte er eine Reihe von Gegenständen. Da sein Verhalten in Abwesenheit der Ärzte in krassem Gegensatz zu dem scheinbar Schwerkranken stand, wurde er in die Haft entlassen.

Fall 7: Ein ausgesprochener Psychopath war mit mehreren Jahschluckte er Fremdkörper. Als eine Indikation zur Operation noch nicht vorlag, schluckte er noch mehr. Er wurde gefesselt. Wegen Perforationserscheinungen mußte eine Operation angesetzt werden. 3 Löffelstiele, 1 langer Draht, 1 langes gerolltes Blechstück und 1 ren Zuchthaus bestraft. Er beabsichtigte, eine Operation und damit eine Gelegenheit zum Entweichen herbeizuführen. Zu diesem Zwecke Draht konnten entfernt werden. M. wurde absichtlich mit noch nicht verheilter Bauchdeckenwunde zurückverlegt, um ein Entweichen unmöglich zu machen. Am 2. Tage wieder im Gefängnis, verschluckte er 4 Drahtstücke, die er aus der Bettstelle herausriß. Seine Klagen waren die alten, doch wurde die Operation abgelehnt.

Die beiden letzten Gefangenen hatten vor, bei oder nach ihrer Verlegung ins Krankenhaus zu fliehen, wahrscheinlich auch der Gefangene in Fall 5. Ein Erfolg war keinem beschieden, einer mußte seine Waghalsigkeit mit dem Tode büßen. Alle drei hatten ihre Methode bereits ausprobiert.

Es handelt sich in den genannten Fällen um geistig nicht ganz normale Personen. Auch solche Individuen finden sich in den Gefängnissen, da nach § 51 Str.G.B. eine strafbare Handlung nur dann nicht vorhanden ist, wenn der Täter z. Zt. der Begehung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Nach dieser Bestimmung schützt nicht die verminderte, sondern nur der völlige Ausschluß der Zurechnungsfähigkeit vor Bestrafung. Nur bei gänzlicher Unzurechnungsfähigkeit entfällt die Schuld und damit die Strafbarkeit der Handlung, sodaß der Täter nicht in einer Strafanstalt, sondern in einer Irrenabteilung untergebracht wird *). Die geistig Minderwertigen finden sich dagegen in den Gefängnissen in erheblicher Zahl. Das Motiv ihrer Selbstverletzung ist ebenso wie bei dem normalen Menschen, besonders wenn er in Einzelhaft gehalten wird, die Befreiung aus der Gefangenschaft. Für diesen an sich normalen, in der Gefangenschaft gewaltsam unterdrückten Freiheitstrieb findet der Arzt vom menschlichen Standpunkt Verständnis. Indem er die Sorge für körperliche und geistige Gesundung des Menschen von allen Leiden hat, ist es bei der Gefangenenbehandlung seine besondere Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, daß der vom Staat gewaltsam unterdrückte Freiheitstrieb nicht zu dem seelischen und leiblichen Schaden, sondern zur Besserung des Gefangenen ausschlägt. Zu diesem Zwecke muß er bei den Gefangenen die seelischen Vorgänge untersuchen. Er muß dahinwirken, daß die Strafe den Gefangenen bessert, nicht vernichtet. Das bedeutet insbesondere, daß er für den geistig oder körperlich kranken Gefangenen die Unterbrechung der Strafvollstreckung herbeiführen muß, wenn

*) Anmerkung: Die neue Fassung des Paragraphen 51 St.G.B. auf Grund des Gesetzes vom 26. XI. 33 wird für die Zukunft die Rechtslage ändern, da auch vom 1. I. 34 ab Vermindertzurechnungsfähige innerhalb eines besonderen Strafrahmens zu bestrafen sind.

die Voraussetzungen nach Str.P.O. §§ 455, 456 erfüllt sind. Diese Aufgabe zu lösen, ist besonders schwierig, da man zwischen Geisteskranken und Gesunden so zahlreiche Übergänge findet. Von den Selbstverletzungen dieser Personen will ich noch einige erwähnen.

Fall 8: Aufnahme eines 45jährigen Untersuchungsgefangenen wegen vor knapp 2 Monaten im Gefängnis verschluckter Drahtstücke. M. zeigt ein teilnahmloses, dementes Verhalten und reagiert auf Fragen nur sehr gering. Die nicht durch den Stuhl abgegangenen Drahtstücke werden operativ entfernt.

Fall 9: Ein anderer Gefangener verletzte sich die Geschlechtsteile mit einem Stück Blech, daß er vom Kübel losgebrochen hatte. Nach seinen Angaben hatte ihn das Frenulum präputii penis, weil zu kurz, gestört. Er versuchte es deshalb zu durchtrennen und säbelte sich hierbei die untere Hälfte des Corpus cavernosum und die Harnröhre, dicht unterhalb der Glans penis, durch. Der Erfolg war eine schwere eitrige Zellgewebsentzündung und ein ausgedehntes Harnfiltrat. Es handelte sich um einen Imbecillen.

Die genannten Gefangenen sind durch ihre Geistesstumpfheit charakterisiert. Initiative fehlt diesen Menschen, sie fassen keine weittragenden, selbständigen Entschlüsse. Oft weist die Art der Selbstbeschädigung schon auf eine Geistesstörung. Doch ist die Zahl dieser Gefangenen, die auch in einer Heilanstalt untergebracht werden könnten, gering. Dagegen sind die Gefangenen, die zeitweise eine Geistesveränderung durchmachen, genauer zu begutachten.

Fall 10: 36jähriger Strafgefangener. 1918 schwere Schädelverletzung im Kriege, von Juni 1919 bis September 1920 wegen geistiger Umnachtung in der Irrenanstalt. 1922 abermalige Aufnahme in der Irrenanstalt. Dort verschluckte S. nach 14 Tagen mehrere Löffel, Gabelstiele und Draht. Er wurde mehrmals operiert, da er verschiedentlich Fremdkörper verschluckte. Am 12. 1. 1924 Einlieferung ins Gefängnis, wo er dauernd über schlechten Stuhlgang und Stiche in der rechten Bauchseite klagte. Einlieferung in die Klinik am 16. 1. 1924 unter dem Bilde eines inkompleten Ileus. Konservative Behandlung. S. war ein schwerer Psychopath, der unter außerordentlich ungünstigen Familienverhältnissen aufgewachsen war. Als die Verlegung in eine Irrenanstalt eingeleitet wurde, reagierte er mit Hungerstreik. Unter dem Zwange der Verhältnisse mußte doch operiert werden. Es gelang unter großen Schwierigkeiten die beiden Fremdkörper zu entfernen. Angeblich fühlte sich S. noch lange Zeit sehr schwach, kann sich kaum auf den Beinen halten. Seine Rückverlegung ins Gefängnis wird eingeleitet. Der abholende Beamte hat ihn schon in Empfang genommen, als es dem Verbrecher in ganz aufrechter Haltung davonzulaufen gelang, ohne eingeholt zu werden.

Fall 11: Gefangener gab an, er leide an Erkrankung des Kehlkopfes, angeblich mit blutigem Auswurf. Durch Spezialbehandlung kaum zu beeinflussen. Der Verdacht böswilliger Reizung des Kehl-

treiben des ewig zahlenden Vaters wurde 1924 ein Aufenthalt in einer Irrenanstalt veranlaßt, um Entmündigung zu erzielen. Bl. entwich dort, brach sich dabei den Knöchel des linken Fußes. Als Bl. dem Gefängnis wieder zugeführt wurde, kam er an 2 Krücken. Bl. behauptete mit dem linken Fuß nicht auftreten zu können. Er hielt das Bein im Kniegelenk bei etwa 110 Grad gebeugt. Alle aktiven Versuche, die Beweglichkeit des Kniegelenks wieder herzustellen, mißlangen an dem Widerstande des Bl., der fortgesetzt behauptete, kopfinneren entstand bald, war aber nicht nachzuweisen. Auf Befürchterliche Schmerzen zu haben. Es blieb dem behandelnden Arzte des Gefangenen nichts anderes übrig, als einen Antrag auf Haftentlassung, bezw. Unterbrechung zu befürworten, zwecks Wiederherstellung des völlig versteiften Kniegelenkes. Der Erfolg der Energie war Haftunfähigkeit, Strafaussetzung, Freiheit.

Fall 12: Ein junger, sehr zierlicher nicht ganz normaler Mann hatte sich durch subkutane Injektionen von Petroleum ausgedehnte verjauchte Nekrosen an Ober- und Unterarm zugezogen. Er wurde in der Klinik geheilt und zurücktransportiert, aber sehr bald von neuem überwiesen, da er sich am linken Ober- und Unterarm, sowie am rechten Unterarm Hautlappen von je 2 etwa 10 cm im Quadrat herausgeschnitten hatte. Dazu hatte er sich eine Anzahl 10 cm langer Drähte, die aus einer Stahlfedermatratze stammten, ins Subkutangewebe eingebohrt. Wenige Tage nach Entfernung dieser Drähte und der Deckung der großen Wunddefekte unternahm er in der Klinik einen Ausbruchsversuch, der eine außerordentlich große Körperkraft und Gewandheit erforderte und erst im letzten Augenblick durch Absturz von der Fassade scheiterte.

Das Streben nach Freiheit gehört zu den wichtigsten Motiven der Selbstbeschädigung. Die Gefangenen wissen, daß sie aus der Klinik leicht entweichen können. Zu diesem Zwecke setzen sie sich oft großer Lebensgefahr aus.

Bei den folgenden zwei Fällen liegt anscheinend ein gewöhnlicher beabsichtigter S e l b s t m o r d vor, in Wirklichkeit bei genauer Überlegung ist aber auch die Annahme einer beabsichtigten Selbstverletzung mit einer unbeabsichtigten Selbsttötung nicht ausgeschlossen.

Fall 13: Der Mann war wegen Bedrohung seiner Familie mit Totschlag festgenommen und in die Polizeiwache eingeliefert. Er wurde erhängt in der Zelle aufgefunden. Die Sektion im gerichtsärztlichen Institut ergab an der vorderen Seite des Halses eine deutliche Strangulationsmarke aber sonst keine Verletzung.

Weiter wurde ein Fall von Erhängen am hiesigen Institut beobachtet.

Fall 14: Im Gefängnis erhängte sich der als Untersuchungsgefangene tags zuvor eingelieferte 25jährige F. Er wurde morgens 10

Uhr an dem zusammengedrehten Bettuch hängend gefunden. Der Kiefer war schon starr. Um 9 Uhr waren außer dem Kiefer noch weitere Starren da. Hypostase schon deutlich. Undeutliche unterbrochene Strangfurche.

Wenn ich diese beiden Beispiele von Erhängen hier anführe, so werde ich dabei von einer Erfahrung bestimmt, die nach Mitteilung des Professor Berg am hiesigen Gefängnis gemacht worden ist. Auf 10 Gefangene, die sich aufgeknüpft haben, kommen 8, die nur eine Erhängung vortäuschen wollten. Sie richten es so ein, daß sie ganz kurze Zeit bevor der Kaffee gebracht wird, die Wäsche kommt, oder der Rundgang erfolgt, sich aufhängen. Beim Aufschließen der Zelle werden sie hängend gefunden mit zyanotisch verfärbtem Gesicht. Die sofort angestellten Wiederbelebungsversuche führen dann fast immer zum Erfolg. Übrigens zeigen auch diese Beobachtungen, daß das Erhängen zwar zu sofortiger Bewußtlosigkeit aber nicht zu schnellem Erstickungstode führt. Hier läßt sich als Motiv regelmäßig der Gedanke erkennen, daß die Gefangenen mit ihrer Selbstverletzung die Aufmerksamkeit erregen wollen und eine Lageverbesserung erstreben oder auf eine Untersuchung ihres Geisteszustandes zielen. Demgegenüber steht die Ursache bei der viel geringeren Zahl der mit Absicht vollendeten Selbstmorde nicht immer fest, wenn der Täter keine Andeutung machte, keinen Abschiedsbrief hinterließ, oder wenn ein Erregungszustand nach einem Urteil bestand. Eine andere Auffassung von der Selbstmordsimulation hatte 1921 noch Ziemke (6a), der z. B. mangelhaftes Aufschneiden der Pulsader, Nahrungsverweigerung als nicht ernst gemeinte Selbstmordversuche hinstellte, während er Erhängungsversuche allgemein als ernsthaft beurteilte. Aber selbst die ernstgemeinten Fälle verlaufen lange nicht alle tödlich, wie die Erfahrung lehrt. Ich führe zwei Beispiele an, bei denen die Gefangenen durch Schlucken von Gegenständen, dem Leben ein Ende bereiten wollten.

Fall 15: 26jähriger Untersuchungsgefangener wegen Mordes inhaftiert. Der begleitende Beamte gibt an, daß F. vor etwa drei Monaten Glas verschluckt haben soll. F. kann sich angeblich auf nichts besinnen und macht keine Aussagen. Operation. Entfernung eines Metallfremdkörpers von 10 cm Länge aus dem Dünndarm. Nur gering verzögerter Heilverlauf trotz schwerer Infiltration. F. ist während seiner Rekonvalescenz sehr unruhig, richtet sich trotz strengsten Verbotes immer wieder auf und scheint Komplikationen herbeiführen zu wollen. Das Geständnis, einen metallischen Fremdkörper verschluckt zu haben, ringt man ihm erst nach der Operation ab, als man ihm den Gegenstand vorzeigt: offenbar Selbstmordabsicht.

Fall 16: 27jähriger Untersuchungsgefangener. Durch die Nachricht, daß seine lungenkranke Frau nur noch einige Tage leben würde, hat der sehr nervöse Patient so die Fassung verloren, daß er einen Löffelstiel offenbar in Suicidabsicht verschluckt hat. Der Fremdkörper geht auf natürlichem Wege ab.

An der wirklichen Selbstmordabsicht zweifelt hier niemand. Dem Einwande, die Methode des Schluckens sei nicht ernst zu nehmen, muß ich entgegenhalten, daß Löffel und andere Eßwerkzeuge, deren Verschlucken meist keine tödlichen Folgen hat, doch in Selbstmordabsicht benutzt werden, da diese leicht zugängig sind, bessere Mittel dagegen nicht zur Hand sind. Zur Bekräftigung dieser Ansicht mögen folgende Fälle dienen, die auch Tötungsabsicht als Motiv zeigen.

Fall 17: Der 34jährige Landwirt D. befand sich wegen Verdachtes der Brandstiftung in Untersuchungshaft. Er verschluckte anscheinend in selbstmörderischer Absicht Nägel, Nadeln, kantige Porzellanstücke, von denen einige im Kot abgingen. Etwa 8 Wochen nach dem Verschlucken mußte er wegen heftiger Schmerzen in die Klinik aufgenommen werden. Bei der Operation wurde ein überfaustgroßer Klumpen von Fremdkörpern im Magen gefunden. Eine Perforation desselben war nicht eingetreten, dagegen fand sich auf dem Bauchfell ein geringer Faserstoffbelag. D. wurde geheilt ins Gefängnis entlassen.

Fall 18: Der Untersuchungsgefangene B. (Rußland) war durch die Einzelhaft dermaßen deprimiert, daß er Selbstmord begehen wollte. Er hatte sich deshalb sein künstliches Gebiß und noch andere Gegenstände tief in den Hals hineingedrückt und heruntergeschluckt. Der Erfolg war prompt Haftunfähigkeit. Darauf ließ sich B. in eine Klinik aufnehmen, wo durch Oesophagoskopie das festsitzende Gebiß, ein Kragenknopf, ein Hosenknopf und zwei Geldstücke entfernt wurden. Nach 8 Tagen wurde B. aus der Klinik geheilt nach Hause entlassen. — Der letzte Fall läßt eine weitgehende Analyse zu. Lange Einzelhaft wirkt so niederschmetternd, daß gerade bei dieser Art des Strafvollzugs die Selbstmordversuche sehr erheblich sind. Allerdings kommen sie meist nur innerhalb der ersten zwei Jahre vor. Wenn aber die Macht der Gewohnheit gesiegt hat, hören die Suicidversuche auf. Der russische Gefangene hatte die Hoffnung auf Freiheit aufgegeben und beging Selbstmordversuch. Er führt nicht zum Ziele. Statt dessen durch die Schwere der Verletzung in die frühere unerreichbar erachtete Freiheit gelangt, geht er in die Klinik und wird geheilt. Noch viele andere Gedanken — außer der Selbstmordabsichten — bewegen die Gefangenen.

Um die Eintönigkeit der Haft zu überwinden, kommen die Gefangenen auf die seltsamsten Gedanken. Aus dem Mangel an äußeren Reizen und einer ihnen zusagenden Betätigung verletzen sie sich, wie schon M a r x (7) beobachtete, aus Spielerei.

Fall 19—20: Ein Häftling wurde beobachtet, der sich für jeden Monat seiner Strafhaft einen Schnitt in den Körper beibrachte, der dann mit horniger Narbe heilte. Und ein anderer hatte sich zum Zeitvertreib die Zähne seines Hornkammes in seine Haut hineinge-

trieben. — Hier werden die Täter für durchaus gesund befunden. Nur zeigt sich eine erstaunliche Abstumpfung der Schmerzempfidung, die den Erfolg der Strafe als Abschreckungsmittel für zukünftige Schmerzen sehr in Frage stellt.

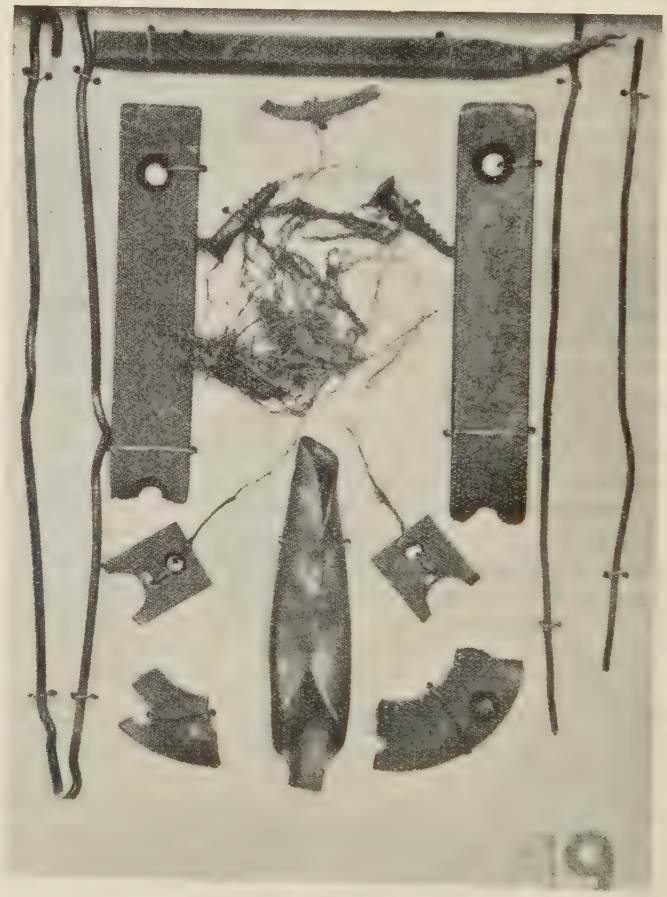
Nachdem hiermit die verschiedenen Geisteszustände der sich verletzenden Gefangenen erörtert sind, will ich im Folgenden auf die Arten der Verletzungen näher eingehen. Die Schilderung der äußeren Umstände, unter denen die Verletzungen geschehen, kann dabei zurücktreten, da die Tatsache einer Selbstbeschädigung im Verlaufe der Untersuchung regelmäßig ohne erhebliche Schwierigkeiten festgestellt werden kann.

So werden die Beschädigungen in der Hauptzahl mit der rechten Hand vorgenommen. Die Kleider werden vor der Tat beiseite geschoben und die Verletzungen sind oberflächlich, aber derartig angebracht, daß sie dem Auge des Arztes schwer erscheinen sollen. Sie werden regelmäßig zu einer Zeit verübt, zu der sie bald entdeckt zu werden pflegen, insbesondere bevor der Wärter gewöhnlich das Essen bringt, wie wir es bei den Selbstmordversuchen sahen. Trotz der Oberflächlichkeit der Selbstverletzung im allgemeinen sind auch sehr schwere Beschädigungen bekannt, durch die die Täter ihr Leben aufs Spiel setzen. Dies ist besonders bei den Fremdkörperschluckern der Fall. Ihr Ziel ist meist eine schwere Verletzung und Erkrankung, und damit eine Behandlung im Krankenhaus. Die Darstellung eines bestimmten Krankheitsbildes wie etwa von Magengeschwüren, Gallenblasenleiden, oder Magenperforationen schwebt dem Fremdkörperschlucker regelmäßig nicht vor; höchstens eine Appendicitis oder Peritonitis in laienhafter Parallelvorstellung. Im Institut gelangte ein Fall zur Beobachtung, der von Dr. Börger Huckingen operiert wurde.

Fall 21: Aus dem Gefängnis in Duisburg wurde der 25jährige Gefangene D. zur Untersuchung überwiesen, der über Magenschmerzen klagte. Er gab an, vor ungefähr drei Monaten in geistiger Umnachtung Eisenteile gegessen zu haben. Einige Schrauben und Muttern seien mit Stuhl abgegangen. Weitere Auskunft verweigerte er. Die Röntgenuntersuchung ergab: In der Magengegend deutliche Schattenbildung, die den Eindruck von Brei machte, die aber von Fremdkörpern herrührt. Sie ist deutlich verschieblich. Ein deutlicher Schatten im Kolon ascendens. Die Fremdkörper sind Eisenteile, die vor drei Monaten verschluckt, und von denen die kleineren durch den Anus abgegangen sind. — Operationen. — Nach 3½ Wochen ins Gefängnis entlassen.

Ganz erstaunlich ist der Umstand, daß diese gewaltige Menge von Eisenteilen drei Monate lang ohne größere Beschwerden mit Ausnahme des Teiles im Coecum im Magen verweilt hat. In anderen Fällen haben Fremdkörper im Magen-Darmtraktus allerdings noch

eine bedeutend längere Zeit gelegen. So berichtet Oehlecker (8) von einem Fall, wo der Gefangene erst 8 Monate nach dem Schlucken Beschwerden bekam und Goedel (9) kennt einen Fall, wo der Täter 19 Monate nach dem Schlucken einer Gabel Schmerzen bemerkte. Dabei wurde festgestellt, daß es sich nicht etwa um Psychopathen han-



Die Abildung (Fall 21) zeigt die durch die Operation gewonnenen Fremdkörper:

4 Drähte, je 16, 18, 20½, 22 cm lang;
mehrere Meter von dünnem Klingeldraht;
eine zusamengebogene Kelle eines Suppenlöffels von 9 cm Länge;
Teile eines Schlosses: 2 Hälften von eisernen Türbeschlägen 10 × 1.08 cm;
2 2½ cm lange Schrauben; 1 gebogenes Eisenstück von $3^1/_2$ cm Länge;
2 Hälften eines eisernen Beschlages 1,9 × 1,9 cm mit Draht;
ein 13 cm langer Teil eines Türriegels; 2 Teile eines eisernen Ringes, der größere mit einem Knopf von 3½ cm, der kleinere von $2^1/_2$ cm Länge.

delte. Der Vorgang des Schluckens selbst geschieht unter Schwierigkeiten. Eine bekannte Methode zur Erleichterung ist folgende: Der Gefangene wartet auf ein Heringsessen, schneidet den Fisch auf, klappt ihn auseinander, entfernt die Gräten und legt für sie das Messer oder die Gabel hinein, klappt den Fisch zu und schluckt ihn hinunter; oder er umgibt die Fremdkörper mit weich gekneteter Brotmasse, um das Herabgleiten zu erleichtern (Bürger [10]). Soweit das Technische. — Kehren wir zu unserem Falle zurück, so ergab die Untersuchung über das Motiv infolge der Auskunftsverweigerung nur Vermutungen. Der Erklärung, er habe die Fremdkörper in geistiger Umnachtung geschluckt, darf kein Glauben geschenkt werden, denn die Vorbereitungen zur Tat hat bei solcher Menge von Gegenständen Überlegung gekostet. Die Eisenteile mußten erst beschafft und sogar erst herausgebrochen werden. Außerdem erzählte der Täter, es seien schon mehrere Schrauben und Muttern mit dem Stuhl abgegangen, sodaß die Zahl der Fremdkörper noch größer gewesen ist. 3 Möglichkeiten sind als Beweggründe in Erwägung zu ziehen. Einmal die Absicht zum Selbstmord, die mir jedoch nach dem ganzen Gebaren des Täters unwahrscheinlich erscheint. Weiter kommt als Ziel die Wiedererlangung der Freiheit in Frage. Da er jedoch niemals Anstalten traf, die nur den leisesten Fluchtverdacht aufkommen ließen, fällt auch dieses Motiv fort. Als 3. Möglichkeit kommt der Gedanke an eine „Luftveränderung" in Betracht. Sehr oft sind die Gefangenen, die sich in einer Einzelzelle befinden, bestrebt für kürzere oder längere Dauer Abwechselung zu bekommen. Ihnen gefällt der Krankenhausaufenthalt gut, und sie zeigen dort manchmal eine lobenswerte Führung. Während nun Geisteskranke nur gelegentlich ein Wort des Dankes oder der Freundlichkeit sagen, benehmen sich die Gefangenen, besonders die schweren Jungen, mustergültig. Schumm (11b) schreibt: „Der Verkehr mit ihnen ist zum Teil angenehmer als mit manchen Angehörigen der Privatpraxis. Man könnte fast sagen: „Je größer der Ruf des betreffenden Verbrechers, um so höflicher und liebenswürdiger sein Benehmen."

Wenn der Gefangene im vorliegenden Falle ein verschlossenes Wesen zeigte, wollte er seinen Zweck verheimlichen, da er vielleicht aus Unkenntnis eine Strafverschärfung fürchtete. Ein psychischer Grenzzustand lag nicht vor, auch zeigte er keine Depressionen. Man muß sich wundern, daß Perforationen des Oesophagus nie festgestellt worden sind. Ich habe ebenfalls keinen Fall ermittelt. Wohl ist z. B. bei Fall 18 ein Gebiß in der Speiseröhre stecken geblieben, das Ausbleiben von Komplikationen nach Entfernung schloß eine größere Verletzung der Schleimhaut oder gar eine Perforation aus. Diese Feststellung über die Seltenheit einer Perforation bestätigte ein in Wien in der Klinik von Professor von Eiselsberg zu Demonstrationszwecken vorgestellter Degenschlucker, der die 50 cm langen Klingen zweier Degen erst einzeln, dann zusammen mit verblüffender Schnelligkeit verschluckte, ohne sich jemals zu verletzen. Ich nehme an, daß ernstlich niemand an dem Geisteszustand dieses Mannes, der

sich berufsmäßig täglich auf diese Weise bougierte, zweifelt. Hat der Gefangene in dem letzten Fall in einer zwar fortgesetzten aber doch einheitlichen Handlung ohne spätere Wiederholung Fremdkörper geschuckt, so zeigt die Erfahrung, daß viele Gefängnisinsassen zu Rückfällen neigen, sie machen Recidive durch, wie ich mich ausdrücken möchte. Das zeigen folgende Beispiele.

Fall 22: 27jähriger Untersuchungsgefangener. Aufnahme am 6. 11. 28 wegen vor 8 Tagen verschluckten Haken, Löffel und eines vor 4 Tagen verschluckten Stückes Kamm, das in der Speiseröhre steckenblieb. Am nächsten Tage Temperaturerhöhung und Operation. Entfernung des Kammes durch Ösophagotomie. Durch eine nachfolgende Parotitis wurde ein Tracheotomie nötig. Ein Löffel und ein Metallstück gingen per vias naturales ab. M. wurde nach 3 Wochen wegen Äußerung von Fluchtgedanken ins Gefängnislazarett zurückverlegt. Wiederaufnahme nach 3 Wochen wegen Schluckbeschwerden und Kieferklemme, die der Patient konsequent vortäuschte. Nach 14 Tagen gelingt es, ihn zu überlisten und ihm durch die Kieferzange die simulierte Klemme zu lösen. — Rückfall: Angeblich hat er im Dezember 1929 schon wieder ein Kammstück verschluckt, das ihm jetzt — März 1930 — große Beschwerden mache. Der Kamm geht spontan ab. Wiederaufnahme am 10. Mai 1930 wegen Magenbeschwerden und Bluterbrechen. Der Nachweis, daß M. völlig ohne krankhaften Befund ist und sich anscheinend artefiziell Blut in den Mund praktiziert, gibt Veranlassung zu seiner Rückverlegung ins Gefängnis. Im Mai 1930 hat er angeblich wieder eine starke Blutung aus der Speiseröhre gehabt. Die klinische Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Als nach einigen Tagen der Haftbefehl aufgehoben wurde, ist M. auf einmal ganz gesund und verläßt freudestrahlend die Klinik.

Fall 23: 23jähriger Strafgefangener. Aufgenommen mit der Angabe, vor mehreren Monaten in der Strafanstalt Messer und Gabel verschluckt zu haben. Entfernung der Fremdkörper durch Colotomie. Der Darm ist bohnengroß perforiert, wird primär verschlossen. — 1. Rückfall: Nach 2 Monaten Wiedereinlieferung. Durch Ösophagoskopie wird ein T-förmiger Nähmaschinenteil gesichtet, der durch Ösophagotomie entfernt wird. — 2. Rückfall: Aufnahme wegen eines angeblich schon bei der letzten Entlassung vor zwei Monaten geschluckten Messers. Wegen Operationsverweigerung Zurückverlegung ins Gefängnislazarett. Nach 5 Tagen Wiederaufnahme in die Klinik wegen vermehrter Schmerzen. Durch Breidiät gelingt die Entfernung des Messers per vias naturales.

Fall 24: K., ein Mann, der durch seien froschartigen Mund bereits zum Verschlucken prädistiniert erschien, verschluckte im Gefängnis nacheinander mehrere Messingstücke, Glas, Nägel aus der Wand und zusammengebogene Löffelteile. Einzelne Teile gingen mit dem Stuhl

wieder ab. Der Rest verursachte scheinbar starke Beschwerden. Eine Operationsnarbe am Abdomen wies darauf hin, daß K. bereits einmal laparatomiert war. Die Ermittlungen ergaben, daß bei ihm im Jahre 1909 in der chirurgischen Klinik in Frankfurt a. M. 209! verschiedene dicke, je etwa 8—10 cm lange Holzstücke aus dem Magen entfernt wurden. Weitere Holzteile waren noch mit dem Stuhl abgegangen. Im Untersuchungsgefängnis brach K. schließlich blutige Massen. Mit einer neuen Operation konnte nicht gezögert werden. Bereits bei der Einlieferung in die Klinik entwich K. Nach 8 Tagen wurde er wieder verhaftet; Glasstücke und zwei Löffel gingen auf natürlichem Wege ab. K. versuchte in Zivilkleidung abermals zu entkommen. Ins Gefängnis zurückgebracht, verschluckte er wieder mehrere Gegenstände. Er wurde ziemlich blutleer in die Klinik eingeliefert, geröntgt und laparatomiert. Wieder im Gefängnis schluckte er trotz allem neue Löffelteile und trat schließlich in den Hungerstreik, bis er einige Tage später zum Hauptverhandlungstermin geführt werden konnte, indem er sich erstaunlich geordnet und ruhig benahm. Er verschluckte nun nichts mehr und erbrach nur zeitweise etwas blutige Massen.

Wie man sieht, haben diese Gefangenen mehrmals ihre Selbstverletzung wiederholt, teilweise schieben sie allerdings zwischendurch Simulationen ein. Durch die Monotomie des Gefängnislebens hauptsächlich in der Einzelhaft entstehen zyklische Gedankengänge, die diese wiederholten Selbstverletzungen zur Folge haben (Goedel, 9). Trotz Operation mit allen Gefahren nehmen die Gefangenen bewußt die Mühen und Schmerzen der Selbstverletzung auf sich, wenn sie selbst nur für kurze Zeit die Eintönigkeit des Gefängnislebens mit einer Krankenhausbehandlung vertauschen können. Über die begleitenden Nebenumstände der Selbstverletzung durch Schlucken hat Schumm (11c) beobachtet, daß unmittelbar nach dem Schlucken die heftigsten Symptome auftreten können. Blut wird in verhältnismäßig großen Mengen erbrochen, das Gesicht verfällt, heftigste Schmerzen und Bauchdeckenspannung täuschen in vollkommenster Weise eine Perforationsperitonitis vor. Bei der angeschlossenen Operation hingegen zeigt sich, daß keine Spur von Bauchfellreizung bestand, daß die Magenwand in keiner Weise beteiligt war. Der völlig glatte Heilungsverlauf beweist, daß es sich nur um reflektorische Vorgänge handelt. In den letzten drei Fällen gestanden zwei Täter (Fall 22 und 24) die Absicht, in die Freiheit zu gelangen, ein. Der Dritte (Fall 23) zeigte eine große Unempfindlichkeit im Ertragen der Schmerzen, ohne daß eine Hypalgesie nachzuweisen gewesen wäre, die auf körperliche oder geistige Defekte hinwies. Er gab über die Gründe keine Auskunft. Vermutlich ist auch bei ihm die Wiedererlangung der Freiheit das entscheidende Motiv.

Viele Täter haben mit ihren Selbstbeschädigungen einen vollen Erfolg und erreichen die Freiheit.

Fall 25: Der 26jährige Strafgefangene hat angeblich aus Verzweiflung verschiedene Löffel und Drahtenden verschluckt. Von der chirurgischen Klinik wird er sicherheitshalber auf die geschlossene Nervenstation verlegt. Trotzdem ist er von dort nach einer Woche mit anderen Strafgefangenen entwichen.

Fall 26: Der Untersuchungsgefangene D. hatte einen Löffel und eine Schnalle verschluckt. Als D. bei der Beobachtung nichts mehr aß, viel erbrach und nachweislich beträchtlich an Körpergewicht verlor, wurde er geröntgt. Wenige Tage vor der Bildaufnahme verschluckte er, weil ein Wachtmeister Zweifel an seinen Angaben aussprach, vor diesem blitzschnell einen weiteren Löffelstiel.Er mußte schließlich in eine Klinik verlegt werden. D., der in verschiedenen Städten seiner Aburteilung entgegensah, ist darauf in der Nacht nach der Einlieferung entwichen.

Fall 27—28: 2 Löffelstielschlucker. Der eine war vorsichtig und nahm kurze Löffelstiele, die auf natürlichem Wege abgingen. Der andere war ein chronischer Sünder. Nachdem ihm 2mal Löffelstiele durch Operation entfernt waren, verweigerte er beim dritten Male die Operation. Angabe starker Schmerzen. Abmagerung wegen bewußter zu geringer Nahrungsaufnahme; Päppeln des Kranken im Lazarett mit Milch, Wein, Eiern, Zucker; schließlich Beschwerde an die Staatsanwaltschaft zwecks Überweisung ins Krankenhaus „ein Strafgefangener sei auch ein Mensch". Zum Schluß notgedrungen Entlassung nach Hause, da Haftunterbrechung eingetreten war.

Wie der letzte Fall zeigt, ist eine Flucht nicht immer nötig, um aus dem Gefängnis hinaus zu gelangen. Vielmehr ist der Strafaufschub, den der Gefangene mit seiner Energie auf Grund der §§ 455, 456 St.P.O. durchsetzte, viel bequemer und gefahrloser als ein Ausbruchsversuch. — Die angeführten Fälle von Selbstverletzungen durch Fremdkörperschlucken gehören zu der größeren Gruppe von Selbstbeschädigungen, die durch das Hineinstecken von Gegenständen in die Körperöffnungen entstehen. In dieser Gruppe sind nunmehr noch folgende Fälle anzuführen. Es werden Fremdkörper in das Ligamentum latum von der Scheide aus eingeführt (Nürnberg 12a), in die Harnröhre gesteckt, um auf Grund der dadurch erzeugten Verletzungen Vorteile zu erzielen.

Fall 29: Hartnäckig erwies sich ein gewisser B. Im Sommer 1921 mußte er in eine Klinik verlegt werden, weil er sich eine halbe Metallzigarettenspitze und ein Stück Holz in die Harnröhre gesteckt hatte. Erstere hatte er durch Massage bis in die Blase stoßen können. Durch Sectio alta wurde sie wieder entfernt. Das Holzstück konnte bei der Operation in der Harnröhre nicht aufgefunden werden. Es verblieb dort. 2 Tage, nachdem B. zum ersten Male das Bett verlassen hatte, entwich er aus der Klinik. Im Oktober 1921 wurde er wieder ergriffen. Kaum wieder im Gefängnis, begannen seine Klagen

über sein Blasenleiden von neuem. Urin konnte leicht gelassen werden. Das Holzstück war in dem Gliede bindegewebig eingebettet, seine Behandlung wurde abgelehnt. Sein Ziel, die Wiedererlangung der Freiheit, wurde nicht erreicht. Eine ähnliche Verletzung durch Hineinstecken von Fremdkörpern ist bereits in Fall 4 erwähnt. Es handelte sich um eine Rectumverletzung durch Einführung von Streichhölzern in den Anus. Diese Vorgänge sind jedoch nur eine beschränkte Auswahl aus der sehr beträchlichen Zahl der Selbstbeschädigungen dieser Art. Die schädlichen Folgen dieser Handlungen sind sehr verschieden. Wenn auch ein Teil der Fremdkörper wie bei den Schluckern auf natürlichem Wege abgeht, bleiben kleinere innere Verletzungen, die nicht immer von Schmerzen begleitet sein müssen, doch nicht aus. So sah ich in Kiel im Pathalogischen Institut (Prof. Dr. Schultz) Fälle, bei denen alte vernarbte Magenulcera als Nebenbefund erhoben wurden, von deren Bestehen in den Krankengeschichten nichts festzustellen war, da sie zu Beschwerden keinen Anlaß gegeben hatten. Als Körperöffnung ist ferner der äußere Gehörgang zu betrachten.

Fall 30: Der Strafgefangene S. klagte über fürchterliche Ohrenschmerzen. Er gab an, schon viele Nächte nicht mehr geschlafen zu haben und am besten auf dem kranken Ohr liegen zu können. Bei der Untersuchung ergab sich stärkere Schwellung des Gehörgangs und ein eigentümlicher Geruch des Sekretes nach einem aromatischen Öl. Ein fester Verband brachte nach 4 Tagen völlige Heilung, da S. bemerkt hatte,daß auf eine Haftentlassung wegen dieser Erkrankung nicht zu hoffen war.

Der Gefangene hat einen Körper, etwas Wachs, der bei Körpertemperatur weich wird, eingeführt und hatte damit eine Entzündung der Schleimhaut erzeugt und gab nun vor, von einem Ohrenleiden befallen zu sein.

Ein anderer versuchte mit kondensierter Milch die Vorspiegelung einer Ohreiterung (Nürnberg 12c). Als eine weitere Verletzung ist eine Beschädigung der Nasenhöhle zu erwähnen.

Fall 31: Der nachts zum Untersuchungsgefangenen F. unter der Diagnose Blutsturz gerufene Arzt findet F. etwas blaß vor. Die Mundgegend etwas blutig, der Brusteinsatz und der Ärmel blutgetränkt. Das Abhorchen der Lunge ergab keinen greifbaren Befund für eine Hämoptoe, dagegen waren in der Nase vorn und postrhinoskopisch blutige Krusten sichtbar. F. hatte seine Nase zum bluten gebracht. Nach ein paar Tagen schnitt sich F. den Ober- und Unterarm zum Teil bis zum Knochen auf. Daraufhin mußte er ins Krankenhaus gebracht werden, da ein größeres Gefäß getroffen war. 3 Tage danach war er entwichen.

Durch Kratzen der Nasenschleimhaut hatte der Gefangene eine profuse Blutung zustandegebracht. Die Beobachtung, daß

die Nasenvenen selbst bei Gesunden leicht bersten, hatte sich der Gefangene zu eigen gemacht. Die postrhinoskopisch diagnostizierten Verschorfungen waren mit einer Nadel oder dergleichen beigebracht, da der Gefangene mit seinem Finger nicht so hoch gelangen konnte. Da diese Selbstbeschädigung nicht den gewünschten Erfolg einer Verlegung ins Krankenhaus und damit keine Aussicht auf Flucht herbeiführte, griff er zu einem durchschlagenderen Mittel. Die Schnitte in dem Arm erforderten die Krankenhausverlegung, von dort standen der Flucht keine Schwierigkeiten mehr entgegen. Dieselbe Verletzung zeigt Fall 32:

Der Untersuchungsgefangene Sch. schnitt sich nachts fast den ganzen linken Unterarm durch zwei lange Schnitte auf. Es gab eine starke Blutung. Die Wunde wurde an Ort und Stelle vernäht, und Sch. blieb zu seiner großen Enttäuschung in Haft.

Die Selbstverletzung durch Schnittwunden zeigt ferner Fall 12, wo die Manipulation im Rückfall vorgenommen wurde. Dieser Gruppe ähnlich sind die Selbstverletzungen, die durch Hineinbohren von Gegenständen in die Haut entstehen.

Fall 33—34: Zwei Mädchen stachen sich im Gefängnis Nadeln in die Haut ein und zwar zur selben Zeit. Eines von den Mädchen wurde vom Gefängnis aus zweimal ins Krankenhaus zwecks Entfernung der Nadeln aus den Bauchdecken gebracht. Gewöhnlich führen diese unter die Haut gebrachten Fremdkörper durch den Reiz als solchen oder infolge einer absichtlichen Verunreinigung zu erheblichen Komplikationen, insbesondere zu Abszessen und Phlegmonen.

Fall 35: Ein Gefangener, der nach einer Knieeiterung dem Gefängnis von der Klinik als geheilt überwiesen war, hatte wenige Tage nach seiner Rückkehr wieder eine mächtige Schwellung am gleichen Knie mit erhöhter Temperatur. Nach Isolierung und genauer Beobachtung gingen die Krankheitserscheinungen zurück. Er gestand bei seiner Entlassung anderen Gefangenen, daß er sich im Lazarett einen Haken aus der Wand entfernt, tief in das Kniegelenk getrieben hatte und damit in der Nacht herumgelaufen sei.

Fall 36: Ein anderer Gefangener mit einer tuberkulösen Hauterkrankung zog sich einen Bindfaden, den er im Kübel mit Kot verunreinigt hatte, durch seine kranken Hautpartien am Arm und Hals, um so eine Verschlimmerung des Leidens herbeizuführen. Im Krankenhaus entwich er nach wenigen Tagen. — Oft werden Geschwüre durch regelrechte Einspritzungen erzeugt. Die Gefangenen verschaffen sich Spritzen, füllen diese mit Petroleum, Terpentin, Urin oder dergleichen und verjauchen dadurch ihre Wunden.

Fall 37: Karl Sch. hatte einen Abszeß in der rechten Lendengegend faustgroß mit Fluktuation, der innerhalb von 6 Tagen entstand. Krankenhausaufnahme, Incision, Drainage, reichlich Eiter.

Eine Woche später wegen Fluchtverdacht ins Gefängnis zurück. Abszeß auf der rechten Brustseite, 2-faustgroß mit Fluktuation, sodann ein zweiter faustgroßer Abszeß in der Lendengegend. Auf der höchsten Erhebung zwei kleine Verletzungen (Nadelstiche). Krankenhausaufnahme, Inzision. Wegen Fluchtverdachts zum Gefängnis nach 5 Tagen zurück. Jetzt entstand ein Furunkel in der Nackengegend an der Haargrenze. Er zeigte keine Neigung zur Heilung, vielmehr entstand ein sich immer weiter ausdehnendes Ulcus. Es entwickelte sich eine Halsphlegmone. Krankenhausaufnahme. Inzision. Reichliche Eiterentleerung, Temperaturabfall. Diesmal gelang es Karl Sch. zu entweichen.

Fall 38: Pe., ein aus einer schlesischen Verbrecherfamilie stammender Degenerierter erkrankte an einer Zellgewebeentzündung des linken Armes, die abszedierte. Der Abszeß wurde eröffnet. Es leerte sich eine eigentümliche rötliche Flüssigkeit. In den nächsten Tagen traten an demselben Arm weitere Abszesse auf, die ebenfalls incidiert wurden. Pe. lehnte daraufhin jede weitere Incision ab, da sie, wie ersichtlich, zu keinem Erfolg führe; er gehöre deshalb in eine Klinik. Eine Durchsuchung der Zelle ergab, daß in Pes Matratze versteckt eine Injektionsspritze gefunden wurde, und eine kleine Flasche mit einem Terpentinpräparat. Das angestellte Verhör bestätigte die künstliche Abszeßerzeugung. 24 Stunden nach jeder Injektion soll ein Abszeß entstanden sein.

Das Motiv ist auch in diesen Fällen meist der Wunsch, in die Freiheit zu gelangen. Dies gilt auch für den nächsten Gefangenen. Zwar besaß er anfangs nicht den Mut zu einer Selbstbeschädigung und stellte sich daher nur geisteskrank. Bei einer mit Erfolg durch geführten Simulation von geistigen Störungen entsteht die Frage, ob durch die Verstellung der Geisteszustand sich tatsächlich pathologisch verändern kann. In Untersuchungen, in denen Simulationen von der Dauer eines Jahres beobachtet wurden, hat Klieneberger (13) festgestellt, daß besondere Nachteile bei dem Deliquenten nicht auftreten. Doch als bei dem folgenden Gefangenen der gewünschte Erfolg ausblieb, raffte er sich zu einer kleinen Verletzung auf und ging darauf aus, eine Eiterung (Lymphangitis) zu erzeugen.

Fall 39: Der Strafgefangene W. war schon seit Wochen im Gefängnis. Er war dort in der Lazarettabteilung untergebracht, weil er der Vortäuschung von Geistesstörung verdächtig war. Schließlich klagte er über Schmerzen im linken Handgelenk, für die man irgendeinen objektiven Befund nicht erheben konnte. Nach 6 Tagen entstand innerhalb von 24 Stunden ohne erkennbare Ursache eine bläulich-rote Schwellung der linken Hand. Sie reichte über das Handgelenk hinziehend bis weit über die Mitte des Unterarmes. Die Drüsen am Ellenbogengelenk und in der Achselhöhle waren druckempfindlich. Als Ursache fand sich auf der Mitte des Daumenballens eine feine Stichverletzung, deren Umgebung in etwa ½ cm Breite blau-

schwarz verfärbt war. Nach seiner Angabe hatte sich W. dort mit einer Nadel eine Eiterpustel aufgestochen. W., der durch die bedenklichen Mienen der Ärzte wegen der abnormalen Schwellung der Hand Sorgen bekam, war mit einem Mal geistig völlig normal. Am nächsten Tage wurde W. mit 38° Fieber dem Krankenhaus überwiesen. Dort wurden Einschnitte gemacht, ohne daß wesentlich Eiter sich entleerte. Während die Heilung gute Fortschritte machte, entwich er aus dem Krankenhaus in der Kleidung eines Zimmergenossen. Charakteristisch ist bei der mangelnden Energie zu größeren Verletzungen, die zahlreichen Gefangenen innewohnt, die Verbindung einer geringfügigen Beschädigung mit der Simulation einer Krankheit.

Den nächsten Fall, bei dem wiederum eine Injektionsspritze verwendet wurde, beschreibt Müller-Heß:

Fall 40: „Ein Gefangener zeigte des öfteren große Blutlachen als Folgen eines angeblichen Blutsturzes, ohne daß der Lungenbefund dafür eine Erklärung abgegeben hätte. Der Verlust der wirklich ernsten Menge Blutes, der sich auch körperlich bemerkbar machte, klärte sich schließlich bei einer genauen Durchsuchung dadurch auf, daß eine Spritzenkanüle gefunden wurde, mit der sich der Gefangene die Kubitalvene punktiert und erhebliche Aderlässe beigebracht hatte." — Durch die Blutung sollte eine Tuberkulose im Spätstadium mit Kavernen vorgeführt werden. Differentialdiagnostisch wäre betreffs des Blutspuckens eine Magenblutung möglich gewesen. Eine derartige Simulation, die erst durch eine Operation aufgedeckt werden konnte, zeigt tatsächlich Fall 41:

Ein Polizeigefangener wurde eingeliefert, mit der Angabe, er habe eben in der Zelle eine Fensterscheibe zerschlagen und die Splitter heruntergeschluckt. Das Zahnfleisch war zerschnitten, der ganze Mund blutig, der Bauch wie bei einer frischen Ulcusperforation bretthart gespannt. Der Patient klagte über die wahnsinnigsten Schmerzen in der Magengegend. Es wurde sofort die Bauchhöhle eröffnet, jedoch waren weder im Darm noch im Magen Glasscherben zu tasten. Der weitere Verlauf, der völlig glatt war, bewies, daß der Gefangene sicherlich nichts von den Glasscherben verschluckt, sondern sich nur Mund- und Zahnfleisch verletzt hatte. Abgesehen von dem geringen Blutverlust, erduldete jener nur einen Nadelstich und dieser nur kleine Schnitte der Mundschleimhaut, um eine schwere Erkrankung vorzutäuschen.

Bei dieser wie bei den nächsten Verletzungen gilt der Spruch der Therapie: Mit möglichst kleinen Dosen sind möglichst große Wirkungen zu erzielen.

Fall 42: Etwas besonderes erfand der Strafgefangene Sch. Er erschien mit stark geschwollenem Gesicht. Er hatte mit einer Nadel zwischen Lippe und Oberkiefer eingestochen und durch diese Öffnung Luft unter die Haut eingeblasen, indem er bei verschlossener Nase die Backen aufblähte. Das Hautknistern verriet ihn.

Fall 43: Als Kuriosum sei erwähnt, daß ein Gefangener es verstand, sich durch Stichelung der Wangenschleimhaut, Einpressen von Atemluft in das lockere Gewebe derselben mittelst krampfhafter Exspiration bei Verschluß von Mund und Nase und Weitermassieren der Luft ein hochgradiges Emphysem des ganzen Kopfes und Halses beizubringen, sodaß er wiederholt aus andern Anstalten unter der alarmierenden Diagnose Gasbrand entlassen worden war.

Fall 44: Eines Tages wurde der Gefängnisarzt zu einem Untersuchungsgefangenen gerufen, der verunglückt sei durch Herunterschlagen des eisernen Bettgestells. Bei der Ankunft des Arztes Schreien und Stöhnen. Es fand sich nur eine 15 cm lange, 12 cm breite, umschriebene Rötung der Haut, die in der rechten Seite bei der 10. Rippe begann und etwa 3—4 cm unterhalb des Darmbeinkammes endete. Die Rötung endete nach hinten etwa 5 cm vor dem Wirbelkörper, nach vorn unbestimmt etwa bis zur Mamillarlinie. Am nächsten Tage war die Rötung fast verschwunden, sie mußte eine andere Ursache haben, als angegeben. Es sollte durch eine unbedeutende Rötung der Haut eine schwere Rippenquetschung vorgetäuscht werden.

In den letzten Fällen arbeiteten die Gefangenen ohne jeglichen Erfolg. Mit Ausnahme des Gasbrandfalles erreichten sie nicht einmal eine kurz dauernde Lageveränderung.

Die Mehrzahl der Gefangenen, die sich verletzen, kommen ohne nachhaltige Gesundheitsschädigung davon. Es ist erstaunlich, wie günstig die meisten, auch schwersten Selbstverletzungen von Gefangenen ablaufen; doch müssen einige ihre Taten mit dem Tode büßen.

Fall 45: Der 24jährige Polizeigefangene gibt an, 1926 schon einmal einen Löffel verschluckt zu haben, der operativ entfernt worden ist. — Rückfall: Anfang 1929 hat der Gefangene abermals einen Löffel verschluckt, weshalb er bereits in zwei Krankenhäusern gewesen sein will. Der Löffelstiel liegt im Duodenum und wird operativ entfernt. Er war ins paravertebrale Gewebe perforiert. Noch zwei Operationen werden notwendig. G. stirbt unter dem Bilde einer Entkräftung und Herzschwäche Anfang März.

Fall 46: Ein Strafgefangener, 19 Jahre alt, hat 8 Tage vor Einlieferung ins Krankenhaus einen Löffelstiel und 16 Taillenhaken verschluckt, 3 Tage vorher ein Messer und eine Gabel, worauf schwere Schmerzanfälle eintraten. Am 4. Tage post operationem exitus letalis infolge Pneumonie und Bauchdeckenphlegmone.

Diese Gefangenen hatten schon in früheren Zeiten Gegenstände verschluckt. Infolge ihres chronischen Leidens waren offenbar Darmverwachsungen entstanden, die die Operation und den Verlauf komplizierten. Weiter war der Gesundheitszustand durch geringe Nahrungsaufnahme gesunken. Der Darm verdaute bei dem Fremdkörperreiz die Nahrung schlechter und resorbierte infolge kleiner Ent-

zündungen weniger. Außerdem belastete der operative Eingriff den Organismus. Infolgedessen sind die Todesfälle erklärlich. Habe ich von den Selbstverletzungen nur eine Anzahl von Fällen gebracht, sind die Fälle mit tödlichem Ausgang alle, die ich ermitteln konnte. Die Mortalität ist also gering; nach Angaben von Ziemke (6a) beträgt sie 0,5 pro Mille in Gefängnissen, bei der Bevölkerung beträgt sie etwas weniger als die Hälfte 0,2 pro Mille. Am Ende der Aufzählung von Fällen der Selbstverletzungen angelangt, wo bei den letzten neben den eigentlichen Verletzungen Simulationen auftreten, bringe ich des Interesses wegen noch einen Fall, bei dem allein eine Simulationshandlung vorliegt. Er wurde von Schumm (11b) veröffentlicht:

„Ein Gefangener wurde eines Tages wieder eingeliefert, mit der Angabe, er habe im Polizeigefängnis Teile eines Blechrahmens verschluckt. Der Fremdkörper, 12 × ½ cm groß, lag im Magen an der großen Curvatur; die vom Polizeiarzt angefertigte Röntgenskizze wurde mitgeschickt. Der Patient lehnte die sofortige Operation ab; erst am Tage darauf willigte er ein. Doch war bei der äußeren Untersuchung von Magen und Darm nichts von dem Fremdkörper zu tasten. Bei einer Röntgenkontrolluntersuchung, die 6 Tage nach der ersten durchgeführt wurde, zeigte sich wiederum ein 11 cm langer leicht gebogener metalldichter Schattenstreifen im Duodenum. Nach weiteren 3 Tagen hatte sich der Schattenstreifen in zwei Teile geteilt, und schließlich 16 Tage nach der Aufnahme war überhaupt nichts mehr von diesem Schatten nachweisbar, ohne daß im Stuhle irgend ein Fremdkörper abgegangen wäre. Beim Vergleich aller Symptome muß ein weiches bandartiges Gebilde organischer Natur vorgelegen haben, daß mit irgendwelcher Schatten gebenden Substanz imprägniert war." Die Auffassung des Autors war durch die Feststellung bestätigt, daß die Untersuchung des Urins das Vorhandensein von erheblichen Mengen Aluminium und von Spuren von Zinn ergeben hatte. Das bandartige Gebilde war offenbar mit Aluminiumbronze bestrichen. Schumm (11b) vermutet, daß diese Mittel sogar fabrikmäßig hergestellt werden. Der negative Befund hinsichtlich irgend eines festen Gegenstandes im Körper des Gefangenen läßt die Täter nicht mehr in die Gruppe der Selbstverletzer, speziell der Fremdkörperschlukker, einreihen, da die weiche Masse nicht zu inneren Verletzungen geführt hat.

Damit sind die wichtigsten Fälle von Selbstverletzungen in dem zu erörternden Sinne dargelegt. Eine genaue Statistik, aus der sichere Schlüsse über die Häufigkeit der verschiedenen Selbstverletzungen gezogen werden könnten, kann ich nicht geben, da dieselbe eine zu große Fehlerquelle aufweisen würde. Denn die Fälle sind vielfach aus der Literatur ausgewählt und betreffen nicht eine bestimmte Strafanstalt. Ich will daher nur eine kurze Übersicht über die von mir beigebrachten Fälle bringen.

Betrachtet sind 46 Fälle. Bei der Untersuchung der zu den Selbstverletzungen treibenden Motive ergibt sich als Vorstufe des Wunsches nach Freiheit das Bestreben nach einer Lageveränderung in

10 Fällen (2,4, 21, 27, 33, 34, 40, 41, 42, 44) fast immer ohne Erfolg. Der Wunsch nach völliger Befreiung ist in 23 Fällen nachweisbar. Das Ziel wurde nicht, oder nur für kurze Zeit, von 11 Gefangenen erreicht(3, 5, 6, 7, 12, 24, 29, 30, 32, 38, 43). Erfolg war 12 Gefangenen beschieden (10, 11 18, 22, 25, 26, 28, 31, 35, 36, 37, 39), davon durch Flucht 7 (10, 25, 26, 31, 36, 37, 39), durch Straferlaß 2 (22, 35), und durch Strafaufschub 3 (11, 18, 28). Spieltrieb lag in 2 Fällen vor (19, 20). In 4 Fällen (1, 8, 9, 23) war ein Motiv nicht zu ermitteln. Den Tod erlitten 5 (5, 13, 14, 45, 46), 3 (5, 45, 46) stellen die Mortalität der Selbstverletzer dar; die beiden übrigen hatten den Tod beabsichtigt. Außerdem begingen 4 Selbstmordversuch (15, 16, 17, 18). Psychisch belastet waren 12 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 38). Rückfall zur Selbstverletzung liegt in 18 Fällen vor (2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 22, 23, 24, 26, 28, 31, 35, 37, 43, 45)! In 31 Fällen lag nur eine Verletzung vor, in 15 Fällen (2, 4, 11, 22, 29, 30, 31, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44) war die Selbstbeschädigung Mittel zur Simulation.

Zum Schluß möchte ich unter Verwendung der sich aus der Betrachtung dieser Fälle ergebenden Erkenntnisse die Möglichkeiten einer erfolgreichen Abhilfe kurz zur Darstellung bringen. Diese besteht in der Heilung und in der Verhütung der Selbstverletzungen. Hinsichtlich der Heilung ist darzulegen, daß der zuständige Arzt berechtigt und verpflichtet ist, die Selbstverletzungen eines Gefangenen zu behandeln. Denn nach der deutschen Rechtsordnung kann jeder Mensch über seinen Körper grundsätzlich frei verfügen. Im Gegensatz zu der Auffassung des Mittelalters und ausländischer Rechte ist die Selbstverletzung nicht rechtswidrig, wie insbesondere durch die Straffreiheit des Selbstmordversuches erhellt wird. Indessen ist ein Heileingriff des Arztes gegen den Willen des Selbstverletzers nicht zulässig, wenn nicht ein besonderer Rechtfertigungsgrund vorliegt. Ein solcher ist vorhanden bei den geisteskranken Tätern. Denn dann liegt ein rechtlich erheblicher Wille überhaupt nicht vor. Der Arzt handelt alsdann nicht g e g e n den Willen des Patienten. Er ist daher berechtigt, die Behandlung so durchzuführen, wie sie bei Gesundheit des Täters seinem mutmaßlichen und vernünftigen Willen entsprechen würde (B.G.B.§ 677). Wenn die Geisteskrankheit (z. B. eine vorübergehende Depression, ein Affektzustand labiler Menschen) geheilt und ein Selbstmordversuch verhindert wird, ist der Patient meist für seine Rettung dankbar. Das gleiche gilt für nicht völlig geisteskranke oder doch geistig abnorme Menschen, die sich nicht im Vollbesitz ihrer Willenskräfte befinden. Bei den geistig gesunden Gefangenen folgt das Recht zum Eingriff einmal aus der Tatsache, daß die Heilung meist gar nicht gegen ihren Willen erfolgt, vielmehr die Gefangenen selbst eine Heilung durch Verlegung in eine Klinik verlangen. Aber auch bei der Ablehnung einer ärztlichen Behandlung darf der Arzt heilend eingreifen.

Denn es liegt hier ähnlich wie bei der Abtreibung, der Selbstverstümmlung von Wehrpflichtigen oder der passiven Behandlungspflicht bei Geschlechtskrankheiten eine Ausnahme vor. Die Selbst-

verletzer haben durch ihre Gefangenschaft ihr Recht auf unbeschränkte Freiheit ihres Körpers verloren. Durch die Begehung einer strafbaren Handlung hat der Staat Strafanspruch erlangt, der die persönliche Freiheit des Täters weithin einschränkt. Derselbe umfaßt den Anspruch auf Unterlassung aller Handlungen die den Vollzug der Freiheitsstrafe hindern. Dazu gehört auch die Unterlassung von Selbstverletzungen. Aus dieser Feststellung, daß der Gefangene zu einer Selbstverletzung nicht berechtigt ist, folgt aber das Recht des Arztes zur Behandlung. Er darf daher bei jeder Selbstverletzung eines Gefangenen eingreifen.

Doch gilt auch auf diesem Gebiet der bekannte Grundsatz der Therapie: Die Verhütung der Krankheit ist die beste Beherrschung derselben. Die Verhütungsmethoden müssen nun aber in dem vorliegenden Gebiet der Selbstverletzungen von ganz besonderer Art sein, da die Verletzungen auf einer positiven Handlung der Gefangenen beruhen. Einen Willensakt gilt es zu unterdrücken. Hierzu bestehen zwei Möglichkeiten. Man kann mit rücksichtsloser Strenge unter Verhängen von Strafen gegen die Selbstverletzer vorgehen oder mit möglichst milder und individueller Behandlung die Selbstverletzungen auf ein Mindestmaß herabzudrücken versuchen. Beide Ansichten werden vertreten, wobei Autoren, je nachdem welchen Standpunkt sie vertreten, entweder nur gegen eine Bestrafung der Selbstbeschädiger sprechende Beispiele anführen und nur das seeliche Leiden der Gefangenen beschreiben, oder nur den schädlichen Erfolg, den die Täter erreichen, betrachten. Ein vernünftiges Abwägen beider Standpunkte muß zu einem befriedigenden Ergebnis führen. Gegen eine Bestrafung nimmt Mönnich (14a) Stellung, der in der Einleitung seiner Schrift eine Bestrafung ablehnt, indem er sich auf den Grundsatz Leppmanns stützt: Nur helfen ist des Arztes Pflicht. Dieser Standpunkt hat zweifelsohne bei Geisteskranken Berechtigung, da sie nach § 51 Str.G.B. eine strafbare Handlung überhaupt nicht begehen können und daher auch niemals wegen einer Selbstverletzung bestraft werden können. Eine Strafe würde sie nicht von einer Selbstverletzung abhalten, da bei ihnen die freie Willensbestimmung überhaupt ausgeschlossen, eine Abschreckung also nicht möglich ist. Die Geisteskranken gehören eigentlich gar nicht zu den Strafgefangenen. Ist der Täter bereits bei Begehung des Deliktes geisteskrank, so wird keine Anklage erhoben, da nach § 51 überhaupt keine strafbare Handlung vorliegt. Wird der Täter nach Begehung der Tat während des Verfahrens geisteskrank, so wird das Verfahren nach § 205 der Str.P.O. vorläufig eingestellt. Bei Erkrankung während der Haft findet nach gestellter Diagnose eine Überführung in eine Heilanstalt statt (§ 101 der Grundsätze für den Vollzug von Freiheitsstrafen). Dagegen kann dieser Einwand nicht bei normalen Gefangenen gelten. Schon Fischer und Hellstern (15a) haben sich für eine Bestrafung ausgesprochen. Sie verlangen nicht nur Hausstrafen, sondern gerichtliche Bestrafung der Selbstbeschädiger, da die Selbstverletzungen in den Strafanstalten nicht nur Einzelfälle

darstellen, sondern zeitweise einen epidemieartigen Charakter annehmen. Es bestehe durchaus nicht die Vermutung, daß die Selbstbeschädiger psychisch abnorm sind. Wie durch zahlreiche Beispiele dargelegt, suchen dieselben vielmehr bestimmte Vorteile zu erreichen. Deshalb soll nach der Meinung dieser Autoren rücksichtslos und energisch vorgegangen werden. Fischer weist zur Unterstützung seiner Meinung auf die Tatsache hin, daß in der alten Armee die Selbstverletzungen — wie bereits erwähnt — mit einer schweren Strafe bedroht wurden, und daß diese Methode abschreckend gewirkt hätte. Leppmann (15b) wendet nicht mit Unrecht dagegen ein, daß der Vergleich hinkt, da im Heere ein ausgesucht gesundes geistig einwandfreies Menschenmaterial vorhanden war, von dem das Wohl des Vaterlandes abhängig gewesen sei. Die Notwendigkeit der Verteidigung gegen äußere Feinde gab dem Staat eine besondere Verfügungsmacht über Leben und Gesundheit seiner Soldaten, kraft deren er eine Selbstverletzung bestrafen durfte. Ein solches Recht hat aber der Staat, wie schon auf Seite 22/23 festgestellt, auch gegenüber dem Strafgefangenen, der die Allgemeinheit mit den Kosten seiner Heilbehandlung und mit der Gefahr weiterer Straftaten infolge eines Ausbruches oder einer Entlassung beschwert. Zwar wird der Ausbruch von Gefangenen im geltenden Recht nur in besonders schwer wiegenden Fällen bestraft (Str.G.B. §§ 120—122). Mit Recht darf der Staat grundsätzlich bei dem Ausbruchsversuch eines einzelnen Gefangenen von der Bestrafung Abstand nehmen. Dies ist dagegen nicht am Platze, wenn der Staat unter Aufwendung erheblicher Kosten im Interesse einer Gesundung des Gefangenen infolge einer schuldhaften Handlung desselben diese Sicherung zu vermindern gezwungen ist. Zwar ließe sich gegen eine Bestrafung der Selbstverletzer einwenden, daß der Staat ja durchaus nicht dazu verpflichtet sei, daß vielmehr durch die Verweigerung einer Heilbehandlung der Selbstverletzerepidemie aufs Schnellste abgeholfen sei. Dies ist theoretisch richtig, praktisch scheitert aber dieser Weg an der Unmöglichkeit vor Beginn der Heilbehandlung die Tatsache einer Selbstverletzung, die Motive und insbesondere die geistige Gesundheit des Täters festzustellen. Da erst im Verlauf oder am Ende der ärztlichen Behandlung eindeutig festgestellt werden kann, ob ein Mißbrauch der ärztlichen Hilfsbereitschaft vorliegt, könnte erst nach der ärztlichen Behandlung eine Bestrafungsmöglichkeit zugestanden werden. Der Zweck dieser Strafe ist die Abschreckung des Selbstverletzers von Wiederholungen und Abschreckung der anderen Gefangenen. Deshalb hat Fischer (14c) vorgeschlagen: „Wer als Untersuchungsgefangener oder in Erwartung der Strafhaft sich selbst beschädigt oder durch die Selbstverletzung vorübergehend der Haft entzieht, bezw. die Fortdauer einer Strafhaft unmöglich macht, wird mit Gefängnis bestraft." In dem gleichen Sinn äußert sich Nürnberg (12b): „Ein Strafgefangener, der sich selbst beschädigt, oder eine Krankheit vortäuscht, wird mit Gefängnis nicht unter 3 Monaten bestraft".

Da bei einer Verlegung ins Krankenhaus die Ausbruchsgefahr am größten ist, möchte ich den Satz hinzufügen, daß die im Krankenhaus zugebrachte Zeit um das Vielfache, z. B. um das drei- oder vierfache an die Haft angehängt würde, daß also nach Ablauf der Gefängnisstrafe diese anschließend abzusitzen sei. Auf diesem Wege ist ein Rückgang der Selbstverletzungen zu erhoffen. Allerdings hat die Abschreckungsmöglichkeit einer Strafe immer nur beschränkte Wirkungen. Denn trotz der Strafandrohung bleibt für den sich verletzenden Gefangenen durch Verlegung in eine Klinik stets die Hoffnung, auf eine Fluchtgelegenheit und damit auf eine Entziehung vor der angedrohten Strafe bestehen. Die Strafe müßte also, um abschreckend zu wirken, so hoch sein, daß das Risiko der neuen Bestrafung dem Gefangenen größer erscheint, als der Vorteil der vorzeitigen Freiheit. Dies dürfte bei langjährig Bestraften (besonders Lebenslänglichen) kaum der Fall sein. Diejenigen aber, die nur eine kurze Zeit verbüßen, nehmen das Übel einer Selbstverletzung überhaupt nicht auf sich.

Besonders schwierig erscheint die Behandlungs- und Bestrafungsfähigkeit von Psychopathen, Schwachsinnigen und Hysterikern. Mit Recht hat Marx (6b) angenommen, daß bei solchen Personen, die zahlreiche Fremdkörper schlucken, eine besondere Abstumpfung der Schleimhäute vorhanden sein muß, um derartige Gegenstände herunterschlucken zu können. Ein Motiv zu ihren Selbstverletzungen ist bei den meisten Psychopathen nachweisbar, nämlich Herbeiführung einer Lageveränderung oder der völligen Freiheit. Die Geistesstörungen, die oft eine Unterbrechung und Überweisung in die Irrenanstalt herbeiführen, sind meist sogenannte Situationspsychosen. Sie reichen aus, um den Betreffenden als geistig minderwertig zu stigmatisieren; wenn es sich aber darum handelt, die Freiheit wieder zu erlangen und sich draußen um einen passenden Gelderwerb zu bemühen, so sind diese Kranken höchst aktiv, intelligent und geistesgegenwärtig (Schumm [11a]). Diesen Einwand gibt auch Mönnich (14b) zu: „Gerade unter den Selbstbeschädigern, die durchaus die Freiheit erringen wollen, findet man einen hohen Prozentsatz von stark minderwertigen Individuen." Der Erfolg, der ihnen auf Grund ihrer Selbstverletzungen beschieden ist, erweckt Erstaunen. Warum werden sie überhaupt eingesperrt, wenn ihnen erlaubt wird, auf ihren abnormen Geisteszustand hin Ausbrüche zu unternehmen und das allgemeine Wohl zu gefährden? Bei der Feststellung bedarf es eines Hinweises auf die Analyse dieser sogenannten Grenzzustände. Die Psychoanalyse ist zu der Erkenntnis gekommen, daß die das menschliche Handeln bedingenden Kräfte nicht allein aus dem bewußten Willen entspringen, sondern auch aus einem Reservoir von unbewußten Bezirken der Seele (Fraenkel [16]). Nun könnte gerade diese Erkenntnis als Gegenargument gegen eine Bestrafung angeführt werden. Doch mit Unrecht. Die psychoanalytische Untersuchung des Geisteszustandes des Gefangenen kann überhaupt nicht die Grundlage für die Beantwortung der

Frage nach einer Bestrafungsmöglichkeit sein. Dieselbe forscht nach den geistigen Absonderlichkeiten und geht ihnen immer weiter bis ins Uferlose nach, ohne in dem Gefangenen Fähigkeiten wach zu rufen, sein Unterbewußtsein in steigendem Maße zu beherrschen. Mit Recht stellt Raimann (17) fest: daß wir zu verstehen glauben, wie ein Mensch zum Verbrechen getrieben wird, kann die Gesellschaft nicht hindern, sich gegen Kriminelle, namentlich gegen Impulsivmenschen zu schützen. Die Feststellung, ob dieser Schutz durch eine Bestrafung erreicht werden kann, läßt sich nicht auf Grund einer rein ätiologisch-biologischen Betrachtung erreichen. Vielmehr hängt der Erfolg der Strafe als einer Zweckstrafe von der kriminalpsychologischen Untersuchung ab, ob durch die Strafe — eine Einwirkung auf den Selbstverletzer — Besserung möglich ist. Voraussetzung dafür ist ein gesundes Triebleben, das die Schädigung als Schmerz empfindet (v. Hentig [18]). Solange dies vorhanden ist, ist eine Abschreckung möglich und eine Bestrafung auch bei Psychopathen berechtigt. Die Selbstverstümmelung von Gefangenen läßt zwar stets auf eine erhebliche Abschwächung normaler Schmerzempfindung schließen. Sie läßt aber gleichwohl die Möglichkeit eines Schmerzes durch Entziehung der Freiheit offen, da sich die Selbstverletzungen vielfach gerade aus einer besonders großen Schmerzempfindung über die Freiheitsentziehung ergeben.

Eine Bestrafung ist nur dann nicht vorzunehmen, wenn die Anormalität sich auf eine fehlende Fluchttendenz vor dem Schmerz überhaupt bezieht. Dies dürfte bei den Selbstverletzern aus Spieltrieb zu bejahen sein, bei der Mehrzahl der Psychopathen trifft es jedoch nicht zu. Daher ist grundsätzlich für alle Gefangenen, die Selbstverletzungen begehen, mit Ausnahme der Geisteskranken, eine Bestrafung zu verlangen. Das sicherste Mittel zur Bekämpfung von Selbstverletzungen zur Erreichung der Freiheit wäre allerdings die Einrichtung besonderer Kliniken in jeder Strafanstalt. Um eine Flucht auszuschließen, müßte für jedes größere Gefängnis eine besondere Krankenabteilung mit einem Operationssaal eingerichtet werden. Dieser Plan scheitert an finanziellen Schwierigkeiten. Bisher ist nur bei einigen größeren Gefängnissen ein modernes Krankenhaus eingerichtet worden, z. B. 1928 in Düsseldorf das Bezirkskrankenhaus für die Oberlandesgerichtsbezirke Düsseldorf und Hamm. In diesem auf dem Gefängnisgelände befindlichen Krankenhause werden alle Selbstverletzer aus den umliegenden Strafanstalten eingeliefert und behandelt. Doch ist die Einrichtung noch zu neu, als daß sich schon jetzt Angaben über den Einfluß auf die Zahl der Selbstverletzungen machen ließen. Leider ist es für absehbare Zeit unmöglich, an allen größeren Strafanstalten, geschweige denn in jedem kleinen Gefängnis, wo die Zahl der Selbstverletzungen bedeutend größer ist, solche Einrichtungen zu treffen. Gegenwärtig stehen wir an einem Wendepunkt der Ausgestaltung des Strafvollzuges, der auch für die Verhütung von Selbstverletzungen von entscheidender Bedeutung ist. Vor einigen Jahren wurde probeweise der Strafvollzug in Stufen ein-

geführt. Der gesamte Strafvollzug sollte mehr und mehr seinen bisherigen Charakter der Sühne und Vergeltung verlieren. Das neue Ziel sollte Besserung und Resozialisierung des Gefangenen sein. Eine Reihe von Wissenschaftlern sowohl unter den Juristen wie Medizinern haben sich für diese Veränderung des Strafvollzuges eingesetzt. Unter den Medizinern verweise ich besonders auf die zahlreichen Abhandlungen auf diesem Sondergebiet der sozialen Medizin, unter anderen auf Többen-Münster und Leppmann-Berlin. Es würde mich zu weit führen, auf diese mein Thema nicht unmittelbar berührenden Schriften einzugehen. Nur möchte ich angesichts der weithin negativen Erfahrungen, die man inzwischen mit dem Strafvollzug in Stufen gemacht hat, darauf hinweisen, daß die gegenteiligen Stimmen recht zu behalten scheinen, die vor zu großen Hafterleichterungen warnen. Schon jetzt haben die Gefangenen es hinsichtlich der Verpflegung weit besser als die meisten Deutschen in dem Millionenheer der Erwerbslosen. Möge bei der lange ersehnten, nunmehr nahenden Erneuerung des gesamten deutschen Rechts auch das Strafrecht und der Strafvollzug eine Gestaltung erfahren, die dem Kampfe gegen die Selbstverletzungen eine wirksame Waffe verleiht.

Nie werden sich allerdings die Selbstverletzungen von Gefangenen ganz beseitigen lassen. Auch diesen entarteten Gliedern der Menschheit die hilfreiche Hand zu leihen, wird stets die Aufgabe des Arztes bleiben.

LITERATUR

1. Schackwitz, A.: Seltenheiten aus der gerichtsärztlichen Praxis. D. Ztschr. für die ges. gerichtl. Medizin. Band 10, 1927, S. 33.
2. Ilberg, G.: Beitrag zur außerordentlichen Brutalität der Selbstverstümmelung bei Geisteskranken. D. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 9, 1927, S. 528.
3. Fels, E.: Reaktionslose Perforation eines Fremdkörpers durch den Uterus in die Bauchhöhle. Münch. m. Wschr. I, 1931, S. 526.
4. Marz, E.: Unfall- oder vorsätzliche Selbstbeschädigung bei einem Häftling. D. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 15, 1930, S. 283.
5. Brisard: Mutilations volontaires par èclats d'obus. Dtsche. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 7, 1926, S. 499.
6. Ziemke, E.: Archiv für Kriminologie, 75. Band; 6a: Seite 241 f.; 6b: Seite 252.
7. Marx, A.: Motive der Selbstbeschädigung. Dtsche Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 9, 1927, S. 170.
8. Oehlecker: siehe Goedel — 9.
9. Goedel, R.: Zur Mentalität der Fremdkörperschlucker, speziell der Gefängnisinsassen. Dtsche. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 19, 1932, Heft 1. — 9a: Seite 66; 9b: Seite 75.
10. Bürger, L.: Bruns Beiträge. 152. Band 1931. Seite 281.
11. Schumm, O.: Verschlucken von Fremdkörpern und andere Arten der Selbstbeschädigung. Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. 152. Band, 1931; 11a: Seite 277; 11b: Seite 283; 11c: Seite 279.
12. Nürnberg, C.: Selbstverstümmelung zur Erzielung von Haftunfähigkeit oder von persönlichen Vorteilen in Strafanstalten. Dtsche. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 17, 1931; 12a: Seite 433, 12b: Seite 440; 12c: Seite 432.
13. Klieneberger, O.: Dtsche. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 7, 1926, Seite 672.
14. Mönnich: Selbstverletzungen und Selbstbeschädigungen bei Strafgefangenen. Inaugural-Dissertation, Universität Berlin 1926. 14a: Seite 4; 14b: Seite 37; 14c: Seite 39.
15. Leppmann, F.: Zur Beurteilung der Selbstbeschädigung bei Gefangenen. Ärztl. Sachverständigenzeitung. 31. Jahrg., 1925, Nr. 10; 15a: Seite 130; 15b: Seite 134.
16. Fraenkel, P.: Psychoanalyse und Strafrechtspflege. Juristische Wochenschrift, herausgegeben vom d. Anwaltverein 1932, Seite 3311.

17. Raimann, E.: Psychoanalyse und Strafrechtspflege (Hellwig). Jurist. Wochenschr. herausg. v. d. Anwaltverein 1931, S. 1432.
18. von Hentig, H.: Die Strafe. — Ursprung, Zweck, Psychologie. Stuttgart-Berlin 1932, Seite 14.
Marx, A.: Über Selbstbeschädigung im Gefängnis. Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1913, Nr. 17.
Hellstern, E.: I. Beitrag zur Frage der Selbstbeschädigung bei Gefangenen. Dtsche. Zeitschrift f. d. ges. gerichtl. Medizin. Band 4, 1924.
Straßmann, F.: Straßmanns Lehrbuch der gerichtl. Medizin. Herausgegeben von Georg Straßmann, Stuttgart 1931.
Schmidtmann: Handbuch der gerichtlichen Medizin.
Kratter, J.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart.
— Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich vom 15. 5. 1871.
— Strafprozeßordnung vom 1. 2. 1877.
Többen, H.: Die Erziehbarkeit Erwachsener. Deutsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin, Band 5, 1925. Heft 1.
Bürgerliches Gesetzbuch vom 18. 8. 1896.
Grundsätze für den Vollzug von Freiheitsstrafen. Bekanntmachung vom 7. 6. 1923.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Professor Dr. Berg für die freundliche Überlassung des Themas und für die Anleitung bei der Ausarbeitung desselben meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

LEBENSLAUF

Am 31. Januar 1908 wurde ich in Wuppertal-Barmen als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Wilhelm Tigges und seiner Ehefrau Frieda geb. Wurm geboren. Ich besuchte das dortige Gymnasium und bestand Ostern 1928 die Reifeprüfung. Meinen Entschluß, Medizin zu studieren, verwirklichte ich in Kiel, wo ich die ersten drei vorklinischen Semester verbrachte. In der Absicht, mein Physikum in Bonn zu machen, ging ich zu Anfang des vierten Semesters dorthin. Am Ende des fünften Semesters bestand ich in Bonn die ärztliche Vorprüfung mit gut. In der Hoffnung, meine theoretische Ausbildung möglichst bald praktisch verwenden zu können, ging ich zum ersten klinischen Semester nach Wien, wo dem jungen Mediziner unmittelbar nach der Vorprüfung weitgehende praktische Tätigkeit ermöglicht wird. Zugleich mit der Erfüllung dieses Wunsches lernte ich bei Prof. v. Eiselsberg die Größe ärztlicher Berufsethik kennen. Anschließend studierte ich zwei Semester an der medizinischen Akademie in Düsseldorf. Im Sommersemester 1932 ging ich nochmals nach Kiel, wo ich insbesondere die kleineren Kliniken studierte und die Gelegenheit wahrnahm, Prof. Seiffert zu hören. Im Herbst 1932 ging ich wieder nach Düsseldorf zurück und bestand am 25. November 1933 die ärztliche Prüfung.